Eina kartą per mėnesį

1936 m.

XVII METAI

Nr. 1

Sausio mėn.

Nr. 1

MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS TEORIJOS IR PRAKTIKOS REIKALAMS, TEIPPAT GYDYTOJŲ PROFESINIAMS REIKALAMS

Redakcinė Komisija:

Dr. *J. Alekna* (ausų, nosies ir gerklės ligos), prof. med. dr. *P. Avižonis* (akių ligos), prof. dr. *J. Bagdonas* ir prof. med. dr. *K. Buinevičius* (vid. ligos), prof. dr. *J. Blažys* (nervų ir psychinės ligos), prof. med. dr. *Al. Hagentornas* (chir.), dr. *K. Grinius* (savivaldybių ir socijalinė medicina), prof. med. dr. *A. Jurgeliūnas* (bakterijologija ir hygijena), dr. *P. Kalvaitytė* (rentgenologija), prof. med. dr. *J. Karuža* (odos ir veneros ligos), prof. *E. Landau* (histologija ir embrijologija), prof. med. dr. *Vl. Lašas* (fyzijologija ir fyzijologinė chemija), prof. med. dr. *Pr. Mažylis* (akušerija ir gynekologija), doc. med. dr. *K. Oželis* (teismo medicina), doc. dr. *P. Stančius* (odontologija), dr. *J. Staugaitis* (profesiniai gydytojų reikalai), prof. med. dr. *V. Tumėnienė* (vaikų ligos) ir prof. med. dr. *E. Vinteleris* (patologija ir patologinė anatomija)

Redakcinė Kolegija:

Prof. med. dr. *P. Avižonis* (nuo V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto), dr. *M. Nasvytis* (nuo Kauno Medicinos Draugijos) ir dr. *J. Staugaitis* („Medicinos“ Redaktorius).

LEIDŽIA: V. D. Univ-to Medicinos Fakultetas ir Kauno Medicinos Dr-ja

Redaktorius **D-ras J. Staugaitis.**

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, telef. 15-07.

SKELBIMŲ KAINA: 75 — 100 litų puslapiui.

PRENUMERATOS KAINA: metams 30 litų, pusei m. 15 litų.

Šio numerio kaina 3 lit.

TURINYS

SOMMAIRE

„Medicinos“ 1935 metų turinys jau ruošiamas ir bus išsiuntinėtas kartu su „Medicinos“ 1936 m. 2 num., kuris išeis apie kovo mėn. 1 d.

MEDICINA

Žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XVII met. | 1936 m. sausio mėn. | Nr. 1

Gyd. Jonas Runkevičius.

Kaip reaguoja sveikas triušis, įleidus į pleuros tuštymą svetimkūnių?*)

(Iš eksperimentinių darbų Liet. Raud. Kryž. Sanatorijoje ir V. D. Universiteto Patologijos Institute. Sanatorijos direktorius — dr. J Augevičius; konsultantai — doc med. dr. V. Kuzma ir dr. A. Petrikas. Patologijos Instituto vedėjas — prof. E. Vinteleris).

Eksperimentiniai darbai su laboratoriniais gyvuliais L. Raud. Kryž. Sanatorijoje pradėti daryti jau 1934 metais. 1935 metų pradžioje, kai šitiems darbams buvo skirtos atitinkamos pinigų sumos ir duotos gana patogios būstinės vivarium'ui, pradėti daryti įvairūs eksperimentiniai darbai platesniu mastu. Visi L. Raud. Kryž. Sanatorijos eksperimentiniai darbai teliečia vien tik įvairius tuberkuliozės klausymus. Dirbu ne aš vienas, bet ir kiti mano kolegos — sanatorijos gydytojai.

Man sanatorijos konsultantų, doc. med. dr. V. Kuzmos ir dr. A. Petriko, duotas gana didelis darbas kolapso terapijos klausymu. Šitam tikslui reikalinga atlikti daug eksperimentinių darbų, kurių dalis jau padaryta, bet dar neapdirbta, nesutvarkyta medžiaga; didelė dalis pradėtų bandymų dar tebedaroma, ir tik mažos dalies duomenis čia patieksiu.

Mano eksperimentinių darbų tikslas — patikrinti, kurie įvairiais laikotarpiais eina įvairių organų, būtent: plaučių, pleuros etc., pakitimai:

1) įleidus į pleuros tuštymą oro — palaikant pneumothorax'ą;
2) sukėlus pneumopleuritą — palaikant eksudatą;
3) įleidus į pleuros tuštymą alyvos — palaikant oleothorax'ą;
4) kaip eina pleuros tuštyme įvairių alyvų įsisiurbimas.

Panašius eksperimentus darė Berlyno universiteto Unfericht'o poliklinikos dr. Ildebrando Petrin ir priėjo išvadą, kad, suleidus triušiui kas 7—10 dienų į pleuros tuštymą po 80—150 kb. cm. oro, visuomet gaunamas eksudatinis pleuritas, visą pleuros tuštymą užpildąs eksudatas, ir šitas eksudatinis

*) Preliminarinio pranešimo, daryto 1935.XI.22 d. Kauno Medicinos D-jos posėdyje, santrauka.

LTSP Valst. Respublikinė Biblioteka

procesas išvengiamas, darant pradinį pneumothorax'ą, įleidus į pleuros tuštymą kelis kubinius centimetrus alyvos. Tuo būdu, jo nuomone, alyva sukelianti pleuros sustorėjimą — pakeičianti pleuros eksudacinę reakciją produkcine.

Netzel, Kaufmann, Beil, Unfericht, Keniger savo eksperimentiniais darbais įrodo, kad, esant ilgesnį laiką pneumorhorax'ui, pleuros epitelis pasikeičiąs ta prasme, kad jo bakterijocidinės savybės sumažėjančios ir dėl to gaunami dažni pneumopleuritai. Waitz, įleidęs triušiui į pleuros tuštymą gomenol'io, gavo pleuros įdegimą ir apskritųjų celių, daugiausia leukocytų, subpleurinius ir peribronchinius infiltratus.

Diehl, įleidęs triušiui 65 kb. cm. 2,5% jodipino, po 6 mėnesių stebėjo pleuros pakitimus, tačiau rado ją lygią, blizgančią.

Bernou pastebėjo, kad, įleidus į pleuros tuštymą parafininių alyvų, pasidarą pleuros sustorėjimai.

Mc-Guire leido į pleuros tuštymą katėms ir triušiams ol. olivarum ir stebėjo, kaip vyksta alyvos įsisiurbimas.

Kuess eksperimentais nustatė, kad per mėnesį pleuros tuštyme įsisiurbia po 8—15 kb. cm. parafininių alyvų.

Mūsų eksperimentai.

Prieš pradedant bandymus, visiems triušiams buvo išmatuota t°, ištirtas kraujo erytrocytų nusėdimas pagal Westergreen'ą ir padarytos plaučių rentgenogramos.

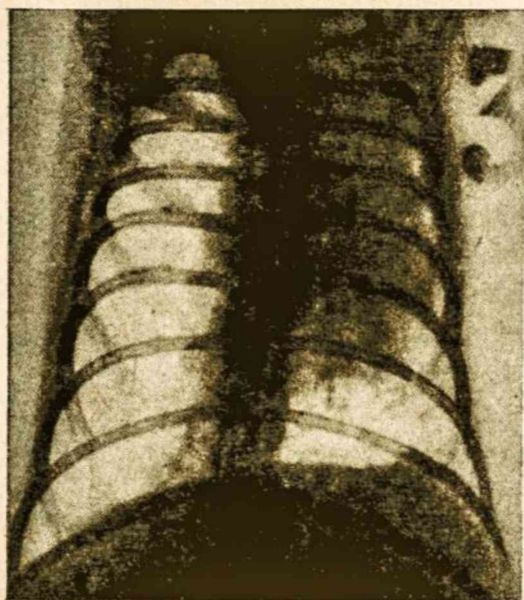
Bandymai pradėti suleidžiant į pleuros tuštymą po 80—100 kb. cm. oro. Keliems dar, be oro, įleista ir aseptiško punktato po 3 kb. cm., būtent: vienam — paimto iš sergančio žmogaus uberkuliozinio pleurito, antram — iš pneumopleurito ir trečiam — iš šaltosios pneumoempyemos. Kitiems buvo suleista oro ir parafininės bei augalinės kilmės alyvos. Kiekvienam bandymui buvo rašomi protokolai ir daromos darbų schemos.

Kaip vyksta oro ir alyvų įsisiurbimas, buvo stebėta rentgenografiškai ir rentgenoskopiškai (žiūr. rentgenogramą). Kaikurių triušių pleuros pakitimai buvo stebimi torakoskopijos pagelba. Baigus bandymus ir darant skrodimus nustatyta, žinoma, kiek tai buvo galima, kiek kurios alyvos per tam tikrą laiką įsisiurbė. Organų pakitimai buvo stebėti makroskopiškai ir tirti mikroskopiškai. Kad būtų aišku, kaip atlikti bandymai, duodame čia keletą jų protokolų.

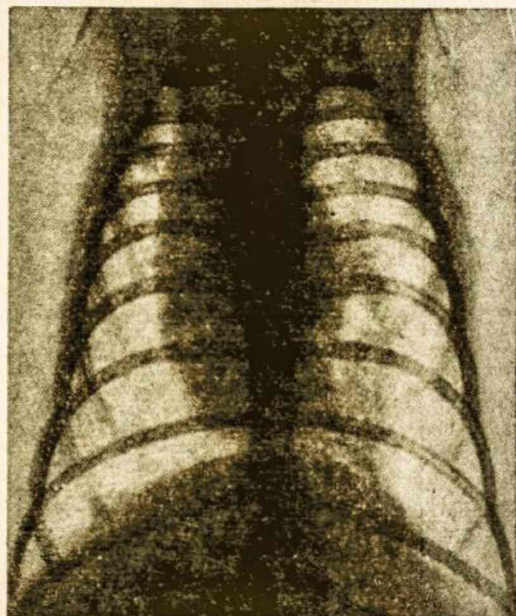
I bandymas. Paimtas 8 mėnesių amžiaus, 2,5 kg. svorio triušis, kurio t° svyravo tarp 38,5°—39,5°; kraujo erytrocytų nusėdimas pagal Westergreen'ą 1 val — 1; 2 val. — 2. Įleista į dešiniųjų plaučių pleuros tuštymą 90 kb. cm. oro. Toliau daryti oro papildymai kas 3—10 dienų, kontroliuojant rentgenoskopiškai ir rentgenografiškai (žiūr. 1 ir 2 rentgenogramas), laikytas dešiniųjų plaučių kolapsas 3 mėn. 14 dienų. Triušis bandymų metu atrodė sveikas esąs, t° buvo normali, erytrocytų nusėdimas pagal Westergreen'ą normalus. Praslinkus 3 mėn. ir 14 dienų, triušis nužudytas oro embolija.

Skrodimo protokolas. Dešiniųjų plaučių užpakalinėje dalyje matyti pleuros sustorėjimai balsganų taškelių formos. Kairiuosiuose plaučiuose matyti subpleurinių petechijų. Pleuros lygios, blizgančios. Omentum padengtas daugeliu iki žirnio didumo pūslelių (cysticercus). Keletas panašių pūslelių matyti ir kepenų apatiniame paviršiuje. Kituose organuose pakitimų nepastebėta.

Mikroskopiškas tyrimas. Preperatas paimtas iš išilginio dešiniųjų plaučių pjūvio. Preparato ilgis 1,6 cm., plotis 1,1 cm.; dažytas Van Gieson'o būdu. Pleura vietomis sustorėjusi. Sustorėjimus sudaro purus jungiamasis audinys su fibroblastais. Vietomis matyti grybo pavidalo sustorėjimų, kuriuos dalimis dengia pleuros epitelis. (Žiūr. 1 atvaizdą). Plaučių audinyje matyti alveolinė struktūra. Alveolės ir jų spindžiai gerai pasireiškę, tik vietomis matyti kompaktiškesnis plaučių audinys. Po pleura vienoje vietoje matyti kompaktiškas židinys su žymiai pasireiškusia leukocytų infiltracija; jo dijametras 1 mm.; arterijos susitraukusios, spindžių beveik nematyti. (Žiur. 3 atv.). Jų intima sustorėjusi, hyalinuota.



1 rentgenograma.
Visiškas triušio dešiniųjų plaučių kolapsas, širdis atstumta į kairę pusę.



2 rentgenograma.
Oro pūslė sumažėjusi — nevisiškas triušio dešiniųjų plaučių kolapsas.

Kairiųjų plaučių mikroskopiškas vaizdas panašus į dešiniųjų, išskyrus pleurą, kuri yra plona, neturinti ypatingų pakitimų.

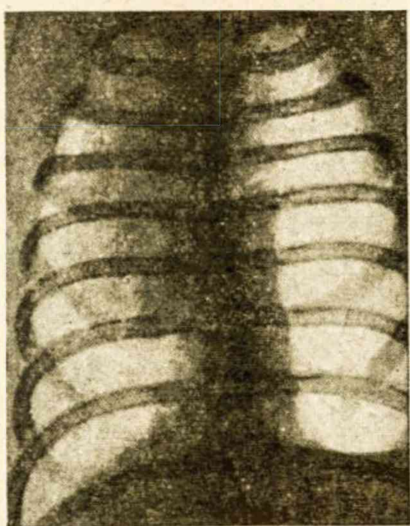
Kituose organuose nieko patologiško nepastebėta.

V bandymas. Imtas 5 mėn. amžiaus, 2 kg. svorio triušis; jo t^0 38.5^0—$39,3^0$. Eksperimentai pradėti įleidžiant į deš. plaučių pleuros tuštymą oro alyvos. Pirmą kartą suleista 50 kb. cm oro ir 10 kb. cm. ol. vaselini. Toliau alyvos ir oro papildymai daryti žemiau nurodytais laiko tarpais. Praėjus vienai dienai, peršviečiant matyti dešiniųjų plaučių pleuros tuštyme nedidelis oro sluogsnis ir sinus'e truputis alyvos; įleista 50 kb. cm. oro. Praėjus keturioms dienoms, peršviečiant matyti, kad dešiniųjų plaučių visiškas kolapsas neįvykęs; įleista 30 kb. cm. oro ir 20 kb. cm. ol. vaselini. Kitą dieną padaryta rentgenograma, kurioje matyti, kad dešiniųjų plaučių yra visiškas kolapsas ir sinus'as pripildytas alyvos (žiūr 3 rentgenogramą). Praėjus 7 dienoms vėl padaryta rentgenograma (žiūr. 4 rentgenogramą), kurioje matyti, kad alyvos sluogsnis žymiai padidėjęs (matyti, atsirado pleuros tuštyme eksudatas), o jos viršuje pleuros tuštymą užpildo oras — visiškas plaučių kolapsas. Praėjus dviem dienoms, įleista 10 kb.

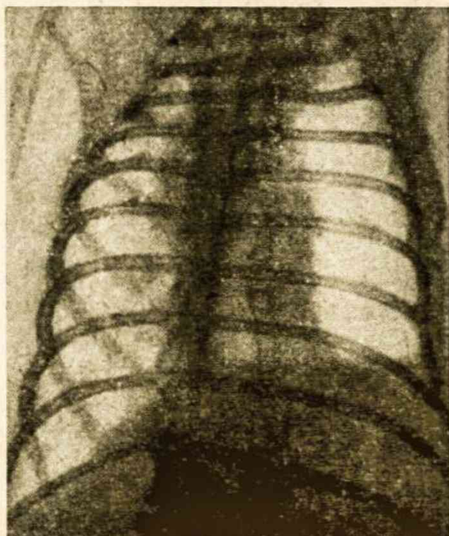
cm. oro ir 6 kb. cm ol. vaselini. Praėjus šešioms dienoms, peršviečiant matyti, kad alyvos sluogsnis siekia penktą šonkaulį — visiškas triušio plaučių kolapsas. Praėjus keturioms dienoms, įleista 13 kb cm. ol. vaselini ir padaryta rentgenograma, kurioje matyti, kad visą pleuros tuštymą iki 2-ro šonkaulio užpildo alyva, o jos viršuje — oras. Iš viso alyvos į pleuros tuštymą buvo įleista 49 kb. cm. Triušio t^0 eksperimentų metu buvo normali, Westergreen'as normalus; triušis atrodė sveikas esąs. Praslinkus trims dienoms nuo paskutinio alyvos įleidimo, triušis nužudytas oro embolija.

Skrodimo protokolas. Dešiniųjų plaučių pleuros tuštymas pripildytas skystimo, kurį išmatavus rasta 61 kb. cm. (46 kb. cm. alyvos ir 15 kb. cm. eksudato). Pleuros tuštyme maždaug 1 kb. cm. alyvos įsikapsuliavusios — padengtas baltomis masėmis. Dešinioji visceralė pleura atrodo sustorėjusi, injekuota. Kitų pakitimų nepastebėta.

Mikroskopiškas tyrimas. Preparatas vaizduoja išilginį dešiniųjų plaučių pjūvį; jo išilginis dijametras 2,7 cm., skersinis 1,5 cm.; dažytas



3 rentgenograma.
Visiškas triušio dešiniųjų plaučių kolapsas — viršutinėje dalyje yra oro sluogsnis, apatinėje — alyva.



4 rentgenograma.
Rentgenograma, padaryta praėjus 7-nioms dienoms nuo trečiosios rentgenogramos (žiūr. 3 rentg.). Alyvos sluogsnis žymiai padidėjęs visiškas triušio plaučių kolapsas.

Van Gieson'o būdu. Preparate aiškiai matyti, kaip visas tris plaučių skiltis gaubia labai sustorėjusi pleura (žiūr. 4 atv.): apatinė plaučių dalis turi 1—2 mm. storumo, vidurinė — šiek tiek plonesnė, o viršutinė — dar plonesnė. Pleura susideda iš fibrininio jungiamojo audinio su kraujo prisipildžiusiais indais ir lymfojidinių celių infiltracijos lizdais. Be to, yra makrofagų židinių su putota protoplazma (žiūr. 5 atv.) ir tuštymėliais, kurių sienas sudaro makrofagai ir gigantiškosios celės.

Plaučių audinio struktūra ir alveolių spindžiai matyti tik pačioje viršūnėje ir periferinėse dalyse. Centrinėse dalyse plaučių vaizdas susidaro iš kompaktiško audinio, kuriame matyti tik apskriti branduoliai. Venas yra ištempęs kraujas, arterijos susitraukusios, jų intima sustorėjusi, hyalinizavusi; mažesnieji bronchai suspausti — matyti tik dešiniųjų plaučių spindžiai.

Kairieji plaučiai. Plaučių audinių aiški alveolinė struktūra. Vietomis plaučių audinys žymiai kompaktiškesnis. Venos kraujo ištemptos.

Arterijos susitraukusios, jų intima nežymiai sustorėjusi. Pleuroje ir kituose organuose patologiškų pakitimų nepastebėta.

VI bandymas. Imtas triušis 3-jų mėnesių amžiaus, 1,2 kgr. svorio. Pradėti eksperimentai įleidžiant į dešiniųjų plaučių pleuros tuštymą 26 kb. cm. oro ir 6 kb. cm. ol. olivarum. Toliau alyvos ir oro papildymai daryti šiais laikotarpiais: praėjus 6 dienoms, peršvietus matyti oro sluogsnis bemaž išnykęs, tik sinus'e pastebėta truputis alyvos; įleista 20 kb. cm. oro ir 10 kb. cm. ol. olivarum, teippat padaryta rentgenograma. Praėjus 11 dienų peršviečiant oro sluogsnio visai nematyti, matyti nelabai aiškus alyvos sluogsnis; įleista 10 kb. cm. oro ir 6 kb. cm. ol. olivarum; praėjus 6 dienoms peršviesta; peršviečiant alyvos ne matyti, matyti tik nedidelis oro sluogsnis; praėjus 10 dienų įleista dar 10 kb. cm. ol. olivarum ir padaryta rentgenograma. Iš viso triušiui buvo suleista 32 kb. cm. ol. olivarum. Eksperimento metu triušis atrodė sveikas esąs, t° visą laiką buvo normali. Praėjus trims dienomis po paskutinio alyvos įleidimo, triušis nužudytas oro embolija.

Skrodimo protokolas: Makroskopiškai matyti dešiniųjų plaučių pleuros tuštymas, prisipildęs tiršų riebalinių masių. Panašios masės dengia ir pleurą. Atrodo, kad yra dešiniųjų plaučių atelektasis. Kairiųjų plaučių apatinėje skiltyje matyti kanapės grūdo didumo pilkas mazgelis. Kiti organai atrodo normalus.

Mikroskopiškas tyrimas. Preparatas vaizduoja išilginį dešiniųjų plaučių pjūvį; jo ilgis 4 cm., plotis 1,4 cm.; dažytas Van Gieson'o būdu. Jo trijuose viršutiniuose ketvirtadaliuose matyti nevisiškas ir apatiniame ketvirtadalyje — visiškas kolapsas (žiūr. 6 atv.). Plaučius apgaubia iki 4-ių mm. storumo suaugimai.

1. Visiškas kolapsas (atelektasis). Visiškai suspaustoji plaučių dalis plona, skersinis dijametras 1—2 mm. Jo didesnėje dalyje plaučių vaizdas atrodo iš kompaktiško audinio, kuriame matyti tik apskriti branduoliai; alveolių spindžių visai nematyti. Venos hyperėmavusios, bronchai suspausti. Suspaustų alveolių spindžiai galima šiek tiek atskirti tik periferiniame sluogsnyje.

2. Nevisiškas kolapsas (atelektasis). Viršutinėse plaučių trijose ketvirtosiose kolapsas išsirūtuliavęs tiktai vietomis. Vietomis alveolių spindžiai ir plaučių struktūra aiški. Venos kraujo ištemptos, arterijos susitraukusios, jų intima kiek sustorėjusi. Didesnieji bronchai nesuspausti, suspausti vietomis tik mažesnieji.

3. Pleura vietomis sustorėjusi, sustorėjimai gaurelių formos; juos dengia polymorfiškos formos (plokščias, kubojidinis, apskritokas vienasluogsnis, daugiasluogsnis) pleuros epitelis. Epitelis pereina į suaugimus, kurie išaugę kilpomis iš pleuros. Pleuroje yra vietų, kur nėra išsirūtuliavusio granuliacinio audinio, padengtų epiteliu.

4. Suaugimai. Juos sudaro purus jungiamasis audinys, turįs panašumo į tinklą, su didesnėmis ir mažesnėmis kilpomis — tuštymais. Tuštymus užpildo riebalinės masės — tatai matyti preparatą nudažius sudanu III. Tuštymus supa makrofagai ir vaskulizuotos gigantiškos celės. Vietomis tuštymų sienelėse matyti stipri lymfoįidinių celių infiltracija. Tose suaugimų vietose, kur dar kologeninės skaidulos neišsirūtuliavusios, matyti apskritų krūvelių, susidariusių iš sulipusių mikrofagų. Jose galima pastebėti aiškūs kariorexis'o reiškiniai.

5. Kairieji plaučiai. Plaučių audinys vietomis žymiai kompaktiškesnis, bet alveolių spindžiai visur aiškiai matyti. Arterijos susitraukusios, jų spindžiai plyšio formos, intima sustorėjusi. Venos kraujo ištemptos.

Kituose organuose patologiškų pakitimų nepastebėta.

Vadovaudamiesi Kauno Medicinos D-jos posėdyje paskelbtais duomenimis, galime pasakyti štai ką:

1) pneumothorax'o dėka sveiko triušio pleuroje vyksta produkcinis pocesas; eksudacinio proceso nepastebėta;

2) pleuros epitelis keičiasi ta prasme, kad eina jo degeneracija ir regeneracija;

3) plaučių audinys darosi kompaktiškesnis ir atsiranda indų intimos sklerosis;

4) panašūs plaučių audinio pakitimai atsiranda ir kitoje pneumothorax'o pusėje: spaudimas lengvai persiduoda pro triušio medijastinumą;

5) prie pneumothorax'o pridėjus aseptiško skystimo iš žmogaus eksuiatinio tuberkuliozinio pleurito, pneumo-pleurito ar šaltos pneumo-empyemos, pleuros eksudacinio proceso negauta; šituo atveju pakitimai panašūs kaip kad ir nuo vieno pneumothorax'o;

6) alyvos spaudžia plaučius labiau ir pastoviau negu oras;

7) parafininės alyvos, be produkcinio pleuros proceso, sukelia ir eksudatinį;

8) parafininių alyvų per mėnesį įsisiurbia apie 2—3 kb. cm.;

9) augalinės kilmės alyvų įsisiurbimo kiekių nustatyti nepavyko dėl išsirūtuliavimo jose granuliacinių audinių;

10) įleidus į pleuros tuštymą augalinių alyvų, vyksta jų įsisiurbimo ir organizacijos procesas;

11) nuo augalinių alyvų pleura vietomis nežymiai sustorėja;

12) visuose paskelbtuose mūsų bandymuose pastebėta plaučių audinio didesnis ar mažesnis kompaktiškumas ir arterijų intimų sustorėjimai.

Zusammenfassung.

Auf Grund der veroeffentlichten Versuchsresultate waehrend der stattgefundenen Sitzung der medizinischen Vereinigung ist festgestellt dass:

1) Der Pneumothorax in der Pleura des gesunden Kaninchens erzeugt einen produktiven Prozess; ein exsudativer Prozess ist nicht beobachtet worden.

2) Das Epithel der Pleura veraendert sich so, dass Degeneration und Regeneration stattfindet.

3) Das Lungengewebe wird kompakter und die Intima der Gefaesse sklerosiert.

4) Aehnliche Veraenderungen kommen auch in dem Lungengewebe der anderen Seite des Pneumothorax vor, und zwar: Der Druck wird durch das Mediastinum des Kaninchens leicht weitergegeben.

5) Bei Einfuehrung von aseptischer Fluessigkeit (exsudatives tuberkuloses Pleuraexsudat, Pneumopleuritis oder kaltes Pleuraempyem des Menschen) kam kein exsudativer Prozess zustande: in diesem Falle kommen Veraenderungen aehnlich wie bei dem Pneumothorax vor.

6) Die Oele druecken auf die Lungen besser und anhaltender als die Luft.

7) Die Paraffinoele erzeugen in der Pleura ausser eines produktiven noch einen exsudativen Prozess.

8) Die Paraffinoele resorbieren sich ca. 2—3 cm³ im Monate.

9) Es ist nicht gelungen das Quantum der Resorption der Pflanzenoele festzustellen, da in den Lungen sich ein Granulationsgewebe entwickelte.

10) Bei Einfuehrung der Pflanzenoele in die Pleurahoehle, finden deren Resorptions-und Organisationsprozesse statt.

11) Durch die Einfuehrung der Pflanzenoele, wird die Pleura stellenweise unmerklich verstaerkt.

12) Bei allen diesen Experimenten wurde groessere oder geringere Kompaktheit des Lungengewebes und Verstaerkung der Arterienintima festgestellt.

Gyd. J. Meškauskas.

Skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opos ir jų gydymas dijatermija.

(Iš V. D. Univ-to Vidaus ligų klinikos. Vedėjas — prof. K. Buinevičius).

Skrandžio susirgimai praktikos gydytojui yra labai svarbūs ir kartais praktiškai ir teoriškai sunkiai suprantami. Skrandžio funkcija, mechanizmas ir patologija yra labai komplikuota. Su skrandžio ir, apskritai, virškinamojo trakto susirgimais praktikui gydytojui tenka labai dažnai susidurti. Todėl prof. Rel ir sako, kad praktikos gydytojas turįs būti ir skrandžio ligų specijalistu. Norint suprasti skrandžio ir virškinamojo trakto susirgimus, reikia būti fyzijologu, patologo-fyzijologu ir fyzijologu klinicistu. Prieš nagrinėjant šilimos ir dijatermijos įtaką skrandžiui, trumpai peržvelgsime skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opų etijologiją, patologo-anatomiją ir symptomatologiją.

Etijologija.

Iš visų skrandžio ligų svarbiausia yra skrandžio opa, nes ji, čia užgydama, čia vėl recidyvuodama, gali būti visą amžių. Bergmann sako, kad skrandžio opa esanti tik chroniška. Tačiau mes žinome, kad yra greitų ir nesikartojančių pagijimų, ir todėl apie chroniškumą sunku kalbėti. Pagal Grubner'io statistiką, skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opa susirgimų skaičius įvairiose šalyse yra nevienodas. Bergmann'o duomenimis moterims skrandžio opa pasitaiko dažniau negu vyrams, o dvylikapirštės žarnos opa dažniau pasitaiko vyrams. Kaip mėgiamiausia vieta opai yra laikoma pylorus, curvatura minor ir užpakalinė skrandžio sienelė. Esti skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opų kombinacijų. Grubner tokių kombinacijų priskaito 10%, o Moynihan — 25% visų tos rūšies susirgimų.

Skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opų patogenezės klausymu yra paskelbta daug darbų, daug tebedirbama, bet ir dabar dar šitas klausymas tebėra hypoteziškas. Hans Hanke opai atsirasti prileidžia 3 teorijas: 1) Bergmann'o ir jo mokyklos teorija, kuri opos priežastimi laikanti vazomotorų spazmiškus pakitimus; 2) Aschoff'o teorija, kuri opos priežastimi laikanti mechanišką

erzinimą ir peptiškus pakitimus, ir 3) Konjetzny'o teorija, kurios pagrindas esąs toksiškas veikimas (gastritinė teorija).

Bergmann'o neurogeninė teorija susideda iš dviejų dalių. Pirmojoje dalyje aiškinama, kad opa atsirandanti dėl spazmų skrandžio muskulatūroje ir dėl vazomotorų veikimo, o antrojoje dalyje nagrinėjama, dėl ko atsiranda spazmai, t. y. konstitucinė dalis.

H. Hanke, atmetęs daugelį kitų teorijų ir iš dalies lyg papildydamas Bergmann'o teoriją, siūlo savo humoralinę teoriją. Pasak jo, esąs tam tikras hėmatogeninis humoralinių substancijų veikimas skrandžio gleivinei. Esą du viens antram antagonistiški hormonai — insulinas ir suprareninas. Insulinas esąs parasympathicus'o hormonas, o suprareninas — sympathicus'o. Insulinas esąs stiprus rūgštingumo žadintojas, o suprareninas — daug silpnesnis. Tiek insulinu — n. vagus'o hormonu, tiek ir suprareninu — n. sympathicus'o hormonu, esą galima sukelti gastritis ir opa. Tat rodytų, kad n. vagus ir n. sympathicus opos genezėje esą vienodai svarbūs. Todėl ne tik n. vagus — vagotonija, bet ir visa vegetacinė nervų systema čia dalyvauja. Ta prasme galima sutikti su Bergmann'u, kuris opos priežastį aiškina vegetacinės nervų systemos dysharmonija, tiktai ne ta prasme, kad atsirandanti vazomotorinė reakcija, spazmai, bet kad atsirandąs, Büchner'io aiškinimu, peptinis veikimas. Vegetacinis — peptinis veikimas, kaip kad Hanke aiškina, turįs eiti n. vagus'o ir n. sympathicus'o takais. Konstitucijoje vegetacinė nervų systema ir endokrininės liaukos vaidinančios labai svarbų vaidmenį. Šitų dviejų systemų dysharmonija ir privedanti prie peptinių reiškinių. Tat esą daugiau būdinga ūminiams peptiniams pakitimams, bet, Hanke's manymu, teippat esą ir chroniškais atsitikimais.

Westphal eksperimentuodamas pastebėjo, kad, erzinant n. vagus, atsirandanti muscularis mucosae hyperėmija, dėl to skrandžio gleivinės raukšlės didėjančios, pasirodanti eksudacija ir bendras paburkimas. Erzinant gi n. sympathicus ir tuo būdu anėminant muscularis mucosae, gleivinės raukšlės mažėjančios, siaurėjančios, bet ir tuomet atsirandąs antrinis paburkimas. Šitie funkciniai momentai skrandžio patologijai esą labai svarbūs.

Kiti autoriai, kaip kad Moszkowicz, Büchner, K. H. Bauer ir kt., opos atsiradimo priežastimi laiko HCl kiekio padidėjimą, kuri (HCl) veikianti skrandžio sieneles ir todėl atsirandanti opa. Hanser šitą nuomonę modifikuoja tvirtindamas, kad opa atsirandanti ne tiesiog rūgščiai veikiant skrandžio sienelę, bet skrandžio sunkos veikimas pakeičiąs indus, pasireiškiančios jų parezės ir tuomet jau atsirandanti opa, kaip tolimesnė ligos stadija. Silbermann'o tyrimai parodė, kad daugiausia žalingos sienelėms yra psychinės sunkos ir jos, greičiausia, sukeliančios erozijas. Pasak jo, psychiniai ir alerginiai komponentai, tyrinėjant opos genezę ir gydant, turėtini galvoje.

Konjetzny, Puhl, Zarchi ir kt. sako, kad pirma išsirūtuliuojąs gastritis ir tik paskiau, veikiant skrandžio sunkai, pasidaranti opa. Konjetzny ir Puhl rado, kad, darant sekcijas, visuomet skrandžio ar dvylikapirštės žarnos gleivinėje esą makroskopiškų ir mikroskopiškų erozijų — židinių, kuriuos paspaudus ištrykšta leukocytų ir eksudato. Iš to jie daro išvadą, kad pirmiausia išsirūtuliuojąs peptiškas gastritis ir tik po to atsirandanti opa.

Saunders, Holsinger ir Cooper iš opos išskyrė streptokokus, išaugino juos kultūrose ir maitino tomis kultūromis šunis, kuriems buvo padarytas duodeninis drenažas. 5-iems iš 10 šunų, maitintų šita kultūra, skrodžiant buvusi rasta typiška skrandžio ar dvylikapirštės žarnos opa. Iš 9 kontrolinių šunų, nemaitintų tąja kultūra, skrodžiant buvusi rasta tik dviem skrandžio opa.

Daugelis autorių, kaip kad Virchow, Disse, Reekes, Hofmann, Nather, Berlet ir kt., sako, kad opa pasidaranti dėl infarktų skrandžio induose. Infarktų pasidarymą O. Müller ir Schmincke aiškina skrandžio sienelėse dėl vazomotorinių priežasčių dijatezinių salelių buvimu. Infarktų priežastimi galį būti: 1) embolija, 2) trombozė, 3) kraujo indų sienelių susirgimas, 4) dėl spazmų smulkiųjų indų užsidarymas etc. Luborsch ir kt. mano, kad skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opa susirgimams esąs tam tikras palinkimas, kuris galįs būti įsigytas arba net įgimtas.

Nors daug yra teorijų, daug tebedirbama, bet šiuo laiku vis tik dauguma tyrinėtojų prisilaiko Bergmann'o neuro-spazmogeninės teorijos. Šita teorija papilnėja, kai prie jos dar prijungiami konstituciniai momentai.

Patologinė anatomija.

Opos esti įvairaus dydžio ir įvairios formos, pav.: ovalinės, apskritos, trikampės ir kitokios. Kraštai esti aštrūs. Opa nuo erozijų skiriasi tik savo gilumu. Toje vietoje, kur yra opa, serozė esti injekuota. Regijoninės liaukos dažnai yra padidėjusios. Chroniškajai skrandžio opai būdinga tai, kad joje pradeda rūtuliuotis jungiamasis audinys. Jei jungiamojo audinio priauga daug, tada gaunama vadinama kaliozinė opa Skrandžio sienelės sustorėja 3—4 cm. Opos dugnas esti lygus. Kraštai gali būti įvairūs. Opa progresuodama kaskart gilėja, sunyksta visi skrandžio sluogsniai ir telieka tik serozė. Serozei trūkus atsiranda perforacija. Prakiurusią opą gali pridengti šalia esą organai, aplipinti fibrinu, ir infekcija nesiplečia. Gydymui geriau pasiduoda užpakalinės skrandžio sienelės ir curvatura minoris opos. Išgyja dažniausiai žvaigždės pavidalo randu. Hanser mano, kad opa niekuomet neišgyjanti teip, kad atsistatytų gleivinė ir skrandžio liaukos.

Symptomatologija.

Skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opų dijagnostika, nežinant gerai etijologijos ir patogenezės, yra sunki. Nors dabar naudojamasi rentgenu, gastroskopija, skrandžio funkcijos tyrimu ir kitomis metodėmis, bet vis dėlto tikra opos dijagnozė yra nelengva.

Skrandžio susirgimų dijagnostikoje daug padeda smulki **anamnezė**. Anglas M o y n i h a n sako, kad anamnezės duomenys esą viskas ir kad objektingas tyrimas nieko naujo neduodąs. Čia pasakyta perdrąsiai, bet vis dėlto virškinamojo trakto susirgimų atvejais anamnezė dijagnozei daugiau duoda, negu kituose susirgimuose. Smulkią anamnezę surinkus, dijagnozė jau žymiai palengvėja. Kadangi dabar manoma, kad opa esanti glaudžiai susijusi su paveldėjimu, su palinkimu jąja susirgti, todėl svarbu išklausti, ar panašiai kas nebuvo sirgęs šeimoje. Pagal kaikurių autorių statistiką, apie 20—30% skrandžio opų yra paveldėta, ypač jei jos yra jauname amžiuje. Teippat svarbu apklausti neuropatijos pavaldumas, bene yra ir ar yra buvę kurių-nors neurozių, vegetacinės nervų systemos sutrikimų ir t. t. Tik retais atvejais skrandžio opa ūmai prasideda. Dažniausiai ji turi chronišką eigą, nors pasitaiko ir be jokių ankstyvesnių nusiskundimų staigi perforacija ar kraujavimas.

Ligos eiga dažniausiai yra perijodiška. Endokrinologų yra pastebėta, kad endokrininių liaukų veikimas, o kartu ir vegetacinės nervų systemos jautrumas, svyruoja perijodais. Analogiškai kinta ir skrandžio opos perijodai. Skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opos kartojasi dažniausiai pavasarį ir rudenį. Vasarą sergančiam tais susirgimais visi nusiskundimai dažniausiai pranyksta. Pradžioje skrandžio opa pasireiškia tik silpna dyspepsija ir mažu spaudimu duobutėje po krūtine; kartais ligonį ėda riemuo, kankina rūgštus riaugulys, ir juo toliau, juo labiau didėja skausmai, kurie dažnai pasidaro nebepakenčiami. Ligonis dažnai pasakoja, kad jam skausmai sumažėja tik susirietus.

Sergant skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opa, paprastai esti ši **K r ü v i e symptomokomplekso trijada**: skausmai, vėmimas ir kraujavimas. Tačiau nevisada šitie symptomai esti aiškūs.

Skrandžio opos skausmai turi tam tikrą pobūdį: jie prasideda tuojau po valgio arba ir bevalgant, ypač jei valgoma sunkus maistas, kaip kad, pav: daržovės, vynas, kopūstai, rūgštūs valgiai. Tokie skausmai mažėja ne nuo šarmų, bet išsivėmus. Juo anksčiau prasideda skausmai, juo augščiau yra opa. Esant opai kardijos srityje, viršutinėje skrandžio dalyje ir curvatura minor srityje, skausmai esti tuojau arba praėjus $^1/_2$—1 val. po valgio, t. y. vadinami ankstyvieji skausmai. Jei opa yra žemiau, pyliorinėje dalyje, tai skausmai prasideda praėjus 2—3 val. po valgio ir vadinami vėlyvaisiais skausmais. K a t s c h ir W e s t p h a l aiškinimu skausmai esą tuomet, kai esąs didžiausias rūgš-

tingumas ir kai spazmiškai užsidariusi pyliorinė skrandžio dalis. Spazmams pranykus ir pyliorinei skrandžio daliai atsidarius, skausmai praeiną. Alkio skausmai, esant tuščiam skrandžiui, ir nakties skausmai yra būdingi pyliorinės dalies ir dvylikapirštės žarnos opai. Perijodiškumą, vėlyvus ir alkio skausmus Bergmann vadina pylioriniu syndromu. Svarbu susekti, ar valgis veikia skausmus ramindamas ar sužadindamas. Pirmasis reiškinys esti dvylikapirštės ir skrandžio pyliorinės dalies opų atveju, o antrasis — augščiau skrandyje esančių opų atveju Dažnai patys ligoniai tai pastebi ir nakčiai suvalgo duonos su sviestu ar išgeria pieno puoduką. Viena, tuomet prasiskiedžia skrandžio sunka ir sumažėja jos rūgštingumas, antra, pagreitėja išsituštinimas, nes skrandžio sunka, būdama rūgšti, į dvylikapirštę žarną neina. Toliau reikia nustatyti, nuo kurio valgio skausmai didėja. Esant skrandžio opai, dažniausiai skausmai didėja, suvalgius pikantiškų, aštrių ir sunkių valgių.

Skausmai skrandžio opos atveju niekuomet neprasideda staiga. Tat yra svarbu diferencinei dijagnozei su tulžies pūslės akmenimis. Opos sužadinti skausmai prasideda iš lėto, kaskart stiprėja, dažnai esti rūgštūs atsirūgimai, riemens ėdimas, atsirūgimas oru. Skausmai lokalizuojasi dažniausiai epigastrium'o srityje, pereina į krūtinę ir daugiau į kairę, kai tuo tarpu cholelithiasis atveju skausmai esti dešinėje ir persiduoda į mentę.

Daugelis klinicistų statosi klausymą, ar skrandžio spazmai ir susiję su jais skausmai yra vietinio erzinimo išdava ar jie eina lygia greta su dysharmonišku vegetacinės nervų systemos veikimu? Klee eksperimentais įrodė, kad, erzinant n. vagus ir ypač kartu paralyžiuojant n. sympathicus, atsirandą skrandžio spazmai.

Lenander, darydamas laparotomijas, pastebėjo, kad vidaus organai, ypač skrandis ir žarnos, skausmo jutimo neturį. Jis aiškina skausmų pareinamumą nuo įdegiminio proceso peritoneum'o visceraliniuose ir parijetaliniuose lapeliuose ir pilvo sienelėse.

Mackenzie aiškina, kad skausmai einą sympatiniu taku, atitinkančiu stuburo smegenų segmentus, per rami communicantes ir kad tas jaudinimas sumuojąsis stuburo smegenyse ir persiduodąs centrifuginiams nervams, kurie ir skausmus projektuoją atitinkamiems raumenims (tuo gali būti paaiškinama ir Head'o zona), poperitoniniam jungiamajam audiniui. Taigi, pagal šitą skausmų kilmės teoriją, negali skaudėti poperitoniniai organai ir audiniai, bet skauda pilvo oda, raumenys. Bet kartais ligonis jaučia visai savitus vidurių skausmus, kartais net nepakenčiamus, ir šitie vidiniai skausmai pagal šitas teorijas sunku paaiškinti.

Tolesnį žingsnį padarė Kappis ir Kuhlenkamf. Pirmasis eksperimentais parodė, kad mesenterium'e esą savitūs skausmo jaučiamieji nervai, turį myelininį apvalkalėlį. Tie nervai pasibaigią nepriėję iki skrandžio sienelės, antrais gi galais susijungią

su rami communicantes. Pagal šitą teoriją yra suprantami ir savitūs vidiniai skausmai ir ta atlinkybė, kad juos gali sukelti peristaltikos padidėjimas, mechaniškas jaudinimas ir t. t. Čia susidaro refleksinis lankas, kuris prasideda mesenterium'e, o antruoju galu nueina į odą ir raumenis. Jei teip, tai vidiniai ir išoriniai skausmai yra tie patys ir vienalaikiai. Galima prileisti, kad refleksinio lanko galas pirmiausia erzinamas mesenterium'e ir tuo būdu, projekcijai į odą ir raumenis nepasidarius, jaučiami tik vidiniai skausmai. Kai refleksiniu lanku skausmai projektuojasi į odą ir raumenis, tada vieni ir antri skausmai jaučiami kartu. Pirminio gi sujaudinimo klausymas lieka dar atviras.

Kad skausmai būtų sužadinami mechaniškai erzinant, sunku prileisti, nes, esant dvylikapirštės žarnos opai, skausmai esti praėjus 2—3 val. po valgio ir alkio skausmai, tai yra tuomet, kai skrandis (Barklay, Hertz, Kreuzfuchs, Straus, Šapiro ir kitų tyrimais) jau tuščias ir valgis mechaniškai opos erzinti jau nebegali. Kad skrandžio sunkos didelis rūgštingumas sužadintų skausmus, teippat sunku prileisti, nes rūgštingumas pakyla tuojau, o skausmai atsiranda vėlai. Tuo būdu prof. Punin ir sako, kad skausmų pradžia reikianti ieškoti ne skrandžio gleivinėje, bet spazmiškuose skrandžio susitraukimuose. Moynihan'ui pavyko stebėti, vietinėje anėstezijoje operuojant skrandį, pyliorinės dalies susitraukimai ir tuo metu ligonis pajutęs skausmus, tokiuos pačius, kokie ir anksčiau buvę. Tą patį sako ir Mackenzie dėl žarnų. Meunie, Westphal, Katsch tyrinėjo rentgenologiškai ir pastebėjo, kad, esant pyliorinės dalies spazmams, ligonis jautęs būdingus skausmus. Įleidus atropino, pranykę spazmai ir skausmai. Borisenko kinografiškai įrodė, kad, skrandžio opos atveju, esant dideliems skausmams, būnančios ypatingai skrandyje didelės peristaltikos bangos; įleidus atropino, jos sumažėjančios ir tuo būdu liaująsi skausmai. Aiškiai pasireiškę spazmai per sympatinius nervus perduoda jaudinimą atitinkamiems segmentams, o iš ten reflekso lanku projektuojasi į odą ir raumenis.

Iš vidurių skausmai eina daugiausia sympatiniais nervais. N. vagus ir n. phrenicus turi teippat afferentinių šakelių, bet daug mažiau. Afferentinės šakelės iš vidurių eina su splanchniniais nervais (n. splanchnicus major et minor) per plexus solaris, kuris savo kelyje anastomozuojasi su n. vagus et n. phrenicus. Afferentinės šakelės, toliau eidamos splanchniniais nervais, patenka į apatines toracines ir viršutines liumbalines ganglijas, o iš ten per rami communicantes į užpakalines, o gal iš dalies ir priekines stuburo smegenų šakneles. Užpakalinės šaknelės yra sensorinės. Jomis eina sensoriniai cerebrospinaliniai nervai. Esant nuolatiniam per afferentines skaidulas atitinkamo stuburo smegenų segmento jaudinimui, skausmai gali projektuotis į to segmento įnervuojamas zonas—odą, raumenis. Tuo būdu yra nenuostabu, kad skrandžio opos atveju kartais esti tarpšonkauliniai,

stuburiniai, pošonkauliniai skausmai ir t. t. Daugelio autorių tyrimu, kaip kad Walter, Babkin, Wohlgemuth ir kt., dažniausiai maksimaliai padidėjęs rūgštingumas esti dvylikapirštės žarnos opos atveju. Pradžioje, kada maisto skrandyje daug, o rūgšties gaminama dar nedaug, rūgštingumas esti dar nedidelis. Virškinimo pabaigoje dėl skrandžio peristaltikos (kuri dažnai būna dar padidėjusi) greitai eina skrandžio išsituštinimas ir žemiau esančios šarminės liaukos dar suspėja suneutralinti nedidelį rūgštingumą. Juo toliau, juo maisto evakuacija didėja, skrandyje maisto kiekis mažėja, o liaukoms vis intensingiau dirbant, rūgštingumas didėja ir dvylikapirštės žarnos liaukos savo šarmais jų suneutralinti nebesuspėja. Dėl to prasideda pyliorinės dalies spazmai, pradžioje nepastovūs, o vėliau ir pastovūs. Jei dvylikapirštės žarnos sekrecija labai surūgštėjusi, tai skrandžio pyliorinėje dalyje pasireiškia net toniški spazmai. Skausmai trunka tol, kol pranyksta spazmai, t. y. tol, kol dvylikapirštėje žarnoje pasidaro šarminė reakcija. Todėl visai suprantami ir vėlyvi alkio skausmai ir jų pranykimas ką-nors suvalgius ar išgėrus. Panašūs skausmai ir dėl tos pačios priežasties būna esant pyliorinės dalies opai, nors jie kiek ir ankstesni.

Skrandžio spazmus ir skausmus gali sukelti ne tik opa, bet ir kiti susirgimai, kurie gali padidinti sekreciją, kaip kad, pav.: nervinis susirgimas, gastritis hyperacida, appendicitis ir kt. Tačiau spazmų kilmė, esant dideliam rūgštingumui, nėra visiškai aiški. Kaikurie autoriai mano, kad pirminė spazmų priežastis reikia ješkoti ne skrandyje, bet bendrame organizmo chemizme, gal būt, dėl hyperchlorhydrijos.

Kiti skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opos symptomai yra **padidėjęs rūgštingumas (superaciditas) ir padidėjusi sekrecija (hypersecretio).** Tačiau daugeliu atsitikimų nei vieno nei antro neesti. Nors riemens ėdimas ir rūgštūs atsirūgimai dažniausiai esti skrandžio ir dvylikapirštės žarnos žaizdų palydovai, bet jie gali būti ir achylijos atveju.

Vėmimas dažniau esti skrandžio negu dvylikapirštės žarnos opų atveju. Kaikurių autorių apskaitymu, vėmimų būna $^2/_3$ visų skrandžio opa susirgimų. Esant hypersekrecijai, skrandyje susirinkus daug rūgšties, ypač naktį, ligonis pats kišasi į gerklę pirštus ir stengiasi sužadinti vėmimą. Išsivėmęs ligonis jaučiasi geriau, nes pašalinama rūgštis, pranyksta spazmai ir tuo būdu skausmai. Diferencinei dijagnozei svarbu tat, kad skrandžio susirgimuose vėmimas ligonio būklę palengvina, o tulžies pūslės susirgimuose vėmimas esti dažnas, atkaklus, tačiau ligonio būklės nepalengvina. Vėmimas dideliais kiekiais, kartais vakarykščiu maistu būna pyliorinės dalies susiaurėjimo atveju. Be susiaurėjimo ir padaugėjusios sekrecijos, esant skrandžio opai, vėmimo nebūna. Vėmimas kraujais ir kraujo buvimas mėšle yra svarbus skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opų symptomas. Prof. Schlecht apskaitymu, kraujavimas būna 50% skrandžio opos

susirgimų ir apie 30% dvylikapirštės žarnos opos atvejais. Vėmimas kraujais dažniau būna, esant skrandžio opai, o kraujas mėšle dažniau būna, esant dvylikapirštės žarnos opai.

Kraujo radimas nėra absoliutus skrandžio ar dvylikapirštės žarnos opų symptomas, nes kraujas gali būti ir stemplės venų išsiplėtimo, skrandžio vėžio, kepenų cirozės ir kt. atsitikimais.

Tiriant objektingai, pasak Bergmann'o, ligonis esąs panašus į bazedoviką: akių vyziukai platesni, akių blizgesys ryškesnis. Daugeliui skrandžio opa sergančių ligonių randamas psycholiabilitas, k. a: padidėjęs bendras arba ypačiai vazomotorų jautrumas, palinkimas prie širdies plakimų ir prakaitavimo. Bet dažnai šita liga serga ir tvirtos konstitucijos žmonės. Dvylikapirštės žarnos opa kaip tik labai dažnai būna tada, kai esti labai gera bendra ligonio būtis. Skrandžio opa sergąs ligonis dažnai esąs išblyškęs. Tat gal būt būna dėl bendros nervų systemos ir vazomotorų būties.

Palpuojant paprastai neapčiuopiama nieko. Apčiuopti galima tik tuomet, jei yra kaliozinė opa. Stipriau palpuojant ir perkutuojant, duobutėje po krūtine jaučiami skausmai. Nors ir gerai skausmai lokalizuojasi, bet su opos lokalizacija reikia būti atsargiam, nes skrandžio padėtis būna labai įvairi. Apskritai galima pasakyti, kad, esant opai kardijos ir curvatura minor srityje, skausmai būna į kairę nuo vidurinės linijos, o jai esant pyliorinėje dalyje ir kartu esant dvylikapirštės žarnos opai, skausmai būna į dešinę nuo vidurinės linijos. Mendel pastebėjo, kad pilvo ploto ties opa perkutavimas yra skausmingiausias. Tokius pat skausmus nurodė ir Head nugaroje tarp 10 ir 12 stuburkaulių. Užpakalyje skausmai būna truputį augščiau negu kad pryšakyje, nes Ramstroem sako, kad atitinkamam segmentui peritoneum parietale pilvo sienelėje inervuojamoji zona yra žemiau negu užpakalinėje sienelėje. Esant pyliorinės dalies ir dvylikapirštės žarnos opai, Head'o zona skausminga dešinėje, o esant opai kardijos srityje — kairėje. Head'o zonoje esti ne tik raumenų, bet ir odos hyperėstezija, nes oda atitinkamoje opos lokalizacijoje, suimama į raukšlę, yra jautresnė ar net skaudama.

Svarbiausia dijagnozei yra skrandžio sunkos tyrimas ir rentgenoskopija.

Skrandžio sunkos tyrimas. Skrandžio sunkai paimti yra daug metodžių. Ji imama storu arba plonu, vadinamu duodeniniu, zondu. Kaikurie tyrinėtojai sunką ima storu zondu nevalgiusiam ir tuo būdu sužino maisto retenciją ir sekreciją, o paskiau duoda pusryčius ir praėjus 40—45 min. vėl ima ir nustato rūgštingumą. Mūsų kaikur skrandžio sunka imama po Boas-Ewald'o pusryčių, praėjus 20—30 min., tačiau toks paėmimas yra pergreitas ir negalima sužinoti tikro rūgštingumo, kuris pilnumoje pasireiškia kiek vėliau.

Funkciškam skrandžio tyrimui sunka imama plonu zondu. Į skrandį įkišamas zondas (ligonis paprastai iš lėto nuryja), iš-

traukiama visa sunka, kiek gaunama; toliau su švirkštu kas 10 min. dar traukiamos 3 porcijos. Paskutinę (nuo pradžios 4-tą) porciją ištraukus, duodama ligoniui išgerti jaudinamojo tirpalo: 300,0 vandens, 0,2 coffeini puri ir 2 lašai 2% methylenblau dažų skiedinio. Ligonis tą tirpalą išgeria zondo neištraukus. Toliau traukiama su švirkštu kas 10 min. po 10 kb. cm. skrandžio sunkos, kol pranyks dažų spalva. Spalvai pranykus, dar traukiamos 3 porcijos kas 10 min po tiek, kiek gaunama. Kiekvienos porcijos atskirai nustatomas rūgštingumas ir išbrėžiama kreivė.

Toks skrandžio sunkos tyrimas turi šiuos teigiamumus: 1) sužinoma skrandžio sekrecija ant tuščios; 2) sužinoma, per kiek laiko išsituština skrandis; 3) rūgštingumo kreivė duoda pilną skrandžio funkcijos vaizdą, ir 4) rastas kraujas yra tikresnis opos symptomas, nes imant storu zondu dažnai jis esti dirbtinės kilmės. Praktikoje toks skrandžio sunkos tyrimas perdaug laiko užimtų, tačiau ligoninėse yra vartotinas ir gana tikslus.

B e r g m a n n sako, kad padidėjusi sekrecija, ypatingai paroksyzminė (skrandžiui išsituštinus ir naktį), yra beveik tikras pyliorinės dalies opos symptomas. F i l i m o n o v'o tyrimais ta pati opa įvairiais perijodais gali duoti įvairų rūgštingumą.

Peptinio veikimo eigai skrandyje svarbi yra H-jonų koncentracija, t. y. laisvų vandenilio jonų kiekis. Nustatydami laisvąją HCl rūgštį su dimetilamidoazobenzoliu, mes ir norime rasti H-jonų koncentraciją, t. y. veiklųjį rūgštingumą (aktuelle Azidität). Skrandžio turinys nėra absoliučiai grynas skrandžio sunkos sekretas, nes jame yra gleivių, maisto dalių, baltymų, druskų ir kitokių medžiagų, kurios H-jonus susieja. Teip gaunami rūgštūs albuminai, rūgštūs peptonai, kurie linkę greitai disocijuotis. Jų disocijaciją ypačiai pagreitina šarmai, pav., kad ir tiriant su $^{1}/_{10}$ NaOH. Ir juo lėčiau titruosime ir juo daugiau pridėsime šarmo, tuo daugiau bus laisvųjų H-jonų. Tuo būdu tirdami skrandžio sunką su dimetilamidoazobenzoliu ir titruodami su $^{1}/_{10}$ NaOH, mes nesužinome pilno H-jonų kiekio pradžioje, nes betiriant jų atsiranda daugiau, atsipalaiduoja iš junginių. Tatai pat gaunama ir tiriant bendrąjį rūgštingumą. Juo tikslesnis bus tyrimas, juo mažiau bus galimumo skrandyje H-jonams susijungti su gleivėmis, baltymais ir t. t. Todėl tikslesnis tyrimas esti, jei vieton pusryčių duodama gerti coffein'o ar alkoholio skiedinio.

Paprastą metodę aktyviam rūgštingumui nustatyti yra pasiūlęs S a h l i. Jis pavadino jį indikatoriaus skiedinio titravimu (Titration der Indikatorlösung). Į vieną mėgintuvėlį paima atitinkamą kiekį skrandžio sunkos ir prideda lašą methylviolet'o, į antrą—tokį patį kiekį vandens su tais pačiais dažais. Antrąjį mėgintuvėlį titruoja su $^{1}/_{10}$ HCl rūgštimi, iki susilygins spalvos. Teip nustatoma laisvųjų H-jonų skaičius.

Superaciditas laikoma tuomet, kai titravimo metode laisvos HCl gaunama daugiau kaip 50 ir bendras rūgštingumas esti

didesnis kaip 70. Normalus rūgštingumas prieš opą nerodo. Subaciditas ir anaciditas daugiausia rodo prieš opą. K a l k'o duomenimis skrandžio opos atveju randama 52% normalus rūgštingumas, 29% padidėjęs, 15% sumažėjęs ir 4% anaciditas. Dvylikapirštės žarnos opos atveju jo duomenimis 75% esąs padidėjęs rūgštingumas, 25% normalus ir 0% anaciditas.

Padidėjus rūgštingumui, dažniausia esti padidėjusi ir sekrecija. Bet gali būti padidėjusi sekrecija, esant nepadidėjusiam rūgštingumui. Tokie ligoniai nenusiskundžia nei alkio skausmais, nei rūgščiais atsirūgimais. Gydytojas tokios pagausėjusios sekrecijos gali nesusekti, jei neatkreips dėmesio į vieną symptomą, būtent, į atsirūgimą oru. Atsirūgimas oru yra rezultatas einančio neutralizacijos proceso, kuris vyksta tarp skrandžio sunkos ir patenkančios sunkos iš dvylikapirštės žarnos. Tuo atveju ir galima konstatuoti pagausėjusi sekrecija, esant mažam rūgštingumui. Tokioje sunkoje dažnai randama tulžies, kuri paskatina dvylikapirštės žarnos turinio patekimą į skrandį. Tat būna esant pyliorinės dalies kaliozinei opai, kai sfinkteriai neužsidaro ir dvylikapirštės žarnos turinys patenka į skrandį.

W e s t p h a l sako, kad esant skrandžio opai būna padidėjusi ląstelių eksudacija, kuri nustatoma imant frakcijonuotai, t. y. su duodeniniu zondu skrandžio sunką ir suskaitant 1 kb. mm. skaičių ląstelių, susidedančių daugiausia iš epitelio ir mažos dalies leukocytų.

Rentgenas skrandžio opos dijagnozei dabar daug padeda, ypačiai moderniškoje skrandžio gleivinės dijagnostikoje. Tiesioginiai duomenys už skrandžio opą yra šie: niša; netiesioginiai — curvatura major ir pyliorinės dalies spazmai, susiaurėjimas, curvatura major dantytumas, gleivinės raukšlių padidėjimas, bulbus duodeni deformacija.

Skrandžio susirgimų dijagnostikai dabar vartojamos **gastroskopija ir gastrofotografija**. Gastroskopija, esant lanksčiam gastroskopui, pasidarė patikima ir nepavojinga skrandžio susirgimų dijagnostikos priemonė. Gastrofotografiją pradėjo vartoti E i n h o r n, pasinaudodamas gastroskopu. Gastrofotografijai geresnį aparatą sukonstruavo 1928 m. rusų autoriai M a k s u t o v ir F e l d š t e i n.

Iš **opos komplikacijų** gali būti **kraujavimas ir perforacijos**. Kraujavimui atsiradus, pasirodo kraujas išmatose, vėmimas krauju, staigus išblyškimas, kolapsas, silpnumas ir kartais sąmonės netekimas; atsiradus perforacijai, pasirodo šie symptomai dideli skausmai viduriuose, šaltas prakaitas, peritonitiniai reiškiniai. Pastovus slaptas kraujavimas, dažnai esant normaliam rūgštingumui, daugiau būdingas opai, pereinančiai arba perėjusiai į vėžį. Pyliorinės dalies susiaurėjimų atveju būna maisto retencija, padidėjusi peristaltika, dvokiąs atsirūgimas ir vėmimas dideliais kiekiais.

Diferencinė dijagnostika.

Skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opos tenka diferencijuoti nuo hernia epigastrica, kasos susirgimų, cholecystopathia, skrandžio neurozių, gastritų, angina pectoris, retai nuo angina abdominalis.

Gydymas.

Gydymas būtų sėkmingas tuomet, jei būtų žinoma patogenezė, bet kadangi ji nėra žinoma, tai ir gydymas nėra priežastinis. Principinai skrandžio opos ir dvylikapirštės žarnos opos gydymas nesiskiria. Aiškios ir kraujuojančios opos atveju 3—4 savaites gulėtina. Dijeta neturi erzinti opos mechaniškai ir nesužadinti sekrecijos. Iš medikamentų skiriami skausmų malšinamieji ir šarminamieji. Prie pirmųjų priskiriami šie vaistai: atropinas, belladona, bellafolin'as, ectinum'as, syntropon'as, eupaverin'as, eupaco, spasmalgin'as. Prie antrųjų priskiriami: magnesiumperhydrol, bismoteran, neutralon. Pačiai žaizdai ir hypertrofavusiai gleivinei pridеginti skiriamas argentum nitricum.

Šiuo kartu plačiau panagrinėsime gydymą šilima ir dijatermija.

Dijatermija yra elektros srovės pritaikymas gydymui. Dažno kintamumo elektros srovė, eidama pro kūną, virsta šilimine energija. Elektros srovės energijos pasikeitimo šilimine energija dėsnius nustatė Joule. D'Arsonval ir kiti tyrinėtojai, tirdami dažno kintamumo elektros srovės veikimą, pastebėjo ir šiliminį efektą, tačiau tuomet tas šiliminis efektas buvo laikomas šalutine ir negeistina priemaiša. Zeynek pirmasis davė mintį praktiškai sunaudoti tą šiliminę energiją giliai esantiems organams šildyti, nes srovė, eidama perdėm ir virsdama šilima, šildo pakeliui sutiktas ląsteles ir audinius.

Dijatermijai yra įvairios konstrukcijos aparatų. Principina jie vienas nuo kito nesiskiria; skiriasi tik patogumu ir pritaikymu. Iš mažesnių ir lengvai transportuojamų aparatų yra „Pantotherm", „Novotherm". Iš didesnių ir sunkiau transportuojamų yra „Pantotherm Supra", „Pantotherm Standard", „Tropen-Pantotherm", „Penetrotherm" ir kt. Dijatermijai elektrodais dažniausiai vartojamos švino plokštelės, kurios esti įvairaus storumo, dydžio ir įvairios formos. Patogesni ir lengviau prie kūno pritaikomi yra Dieterich'o pasiūlyti elektrodai, kurie yra iškarpyti, neištisi. Jei norima kuri-nors vieta daugiau pašildyti, tai dedama ant tos vietos mažesnis elektrodas, nes jis sukoncentruoja daugiau elektros srovės ir tuo būdu šilimos. Elektrodai, prieš dedami ant kūno, išteptini su spiritiniu muilu ir padėti gerai fiksuotini sausu tvarčiu arba prispaustini sauso smėlio maišeliais. Neatsargiai dirbant yra pavojaus ligonis nudeginti.

Fyzijologiško dijatermijos veikimo klausymas dar nėra visai išspręstas. Kaikurie mano, kad dijatermija turi kitokį, specifišką

veikimą negu šilimos. Dieterich sako, kad elektros srovė, virsdama šilima, nustojanti elektros srovės specifiškumo, gaunanti kitas ypatybes negu elektros srovė ir pasireiškianti ne daugiau kaip paprasta iš paviršiaus aplikuojama šilima. Dijatermija neturi jokio elektrolyziško ir nervų systemos erzinamojo veikimo ir todėl gali būti plačiai vartojama. Audiniai, turį didesnį elektros srovei pasipriešinimą, daugiau įšįla, ir, turį mažesnį — mažiau. Riebalai ir kaulai daugiau įšyla negu raumuo ir kraujas. Kadangi organizme yra įvairių audinių kombinacija, tai ir įšilimas nevisur vienodas. Be šiliminio efekto, dijatermija sukelia hyperėmiją. Spiegel eksperimentais įrodė, kad nuo dijatermijos kraujo indų tonusas sumažėjąs, indai išsiplečią ir į šildomas vietas ar organus priteką daugiau kraujo. Su kraujo priplūdimu esąs glaudžiau susijęs ir lymfos priplūdimas ir todėl dijatermija pagreitinanti rezorbcijos procesą. Dijatermija skausmus veikia malšindama. Šita šilimos savybė yra seniai pastebėta, tačiau nebuvo ir dabar dar tebėra nevisai aišku, dėl ko šilimai veikiant sumažėja skausmai. Goldscheider manė, kad šilima veikianti, paralyžiuodama skausmų juntamuosius nervus. Bier mano, kad ne tik šilima, bet ir kitos priemonės, kurios sukelia hyperėmiją, veikiančios teippat skausmus malšindamos. Funk mano, kad elektros srovė veikianti nervus ar jų rezginius. Laquerriers manymu, dijatermija veikianti specifiškai, nes, leidžiant labai mažą srovę ir hyperėmijos dar nėsant, skausmai sumažėją. Dijatermija veikia spazmolitiškai, sumažindama raumenų įtempimą. Dijatermija yra vienintelė elektroterapijos priemonė, kuri galima pritaikyti esant padidėjusiam raumenų tonus'ui, nes visos kitos priemonės veikia raumenų tonus'ą pakeldamos. Dijatermija ir šilima, Laquer'o ir Zeynek'o tyrimais, veikiančios baktericidiškai arba sumažindamos bakterijų virulentiškumą. Tas baktericidiškas veikimas esąs hyperėmijos ir hyperlymfijos padarinys. Humbert mažiau reikšmės teikią hyperėmijai, o daugiau elektros lanko specifiškam veikimui.

Kaip gi veikia ir kurią įtaką turi šilima ir dijatermija skrandžiui ir jojo funkcijai? Marmoriška odos pigmentacija skrandžio ir kepenų srityje labai dažnas dalykas. Iki XIX šimtmečio galo šilimos veikimas buvo žinomas tik empyriškai. 1897 m. Quinke nurodė į padidėjusią skrandžio funkciją, pridėjus jo srityje karštus kompresus. Tolimesni tyrimai parodė, kad temperatūra pakyla tik 0,2—0,4^{0} C. ir geriausiu atveju neviršija 1^{0} C. Daugelis autorių, kaip kad Klapp, Schöffer, Leube ir kt., eksperimentais įrodė, kad su skrandžio srityje odos hyperėmija kartu esanti ir visų skrandžio sluogsnių hyperėmija. Darant laparoskopiją, pridėjus šilimą prie odos, nematomieji skrandžio indai išsiplečia ir pasidaro matomi. Bier ir Ruhmann pastebėjo, kad ta hyperėmija atsirandanti gana greitai, per keletą minučių. Tokia greita, tik ką ne momentinė, skrandžio reakcija šilimai ir skrandžio indų išsiplėtimas, mažai jo viduje pakilus temperatūrai,

esą ne dėl kontaktiško, bet dėl refleksiško šilimos veikimo, kylančio iš šilimos juntamųjų nervų odoje ir refleksiniu keliu einančio į atitinkamą skrandžio segmentą nugaros smegenyse ir veikiančio skrandžio kraujo indus. Šitą nuomonę patvirtina ir bandymas, kad, perpjovus einančius į skrandį nervus ir paralyžiavus nervinius lankus paravertebrine kokajino injekcija (atitinkamuose skrandžiui segmentuose), šilimos veikimo efekto skrandyje negaunama. R u h m a n n ir F r e u d e pastebėjo, kad, veikiant šilimai pilvo sienelę, skrandžio tonusas (ne spazmai), peristaltika ir sfinkterių (į duodenum'ą) atsidarymas padidėją, veikiant gi šalčiui — priešingai.

L a q u e r tirdamas pastebėjo, kad, odai termiškai pakitus, kintąs ir juntamumas. Juntamumas pakintąs dėl kraujo deguonies, anglirūgšties ir kalkių kiekių pakitimo. Veikiant vietinei šilimai, kraujo kalkių kiekis padidėjąs, o veikiant šalčiui sumažėjąs. Kadangi kalkės veikia nervus ramindamos, tai čia, gal būt, ir esanti skausmų sumažėjimo priežastis. Yra patirta, kad vasarą skrandžio opos susirgimų skaičius sumažėja; sergantieji nesiskundžia tokiais dideliais skausmais kaip kad rudenį, žiemą ar pavasarį. Todėl B e r g m a n n ir siūlo skrandžio opą gydyti ne tik vietine šilima ar dijatermija, bet teippat voniomis ir bendra kūno dijatermija.

Toliau kyla klausymas, kaip veikia šilima ir dijatermija skrandžio sekretorinę ir motorinę funkciją? Dėl sekretorinės funkcijos literatūroje nuomonės labai skiriasi. Vieni autoriai, kaip kad P u š k i n, M i c h a e l i s, P e n z o l d, sako, kad šilima ir dijatermija padidinančios skrandžio sekreciją. Kiti gi autoriai, kaip kad G d a n o w i t s c h, M ü l l e r, B o r d i e r, L a q u e r, D r e s e n, L ü d i n, neigia bet-kurį šilimos ir dijatermijos veikimą skrandžio sekrecijai. Z a r c h i tirdamas rado, kad šilimos įtakoje 70% sekrecija padidėjanti ir tik 30% sumažėjanti. E. F. M ü l l e r, R. H ö l s c h e r, B o g e n d ö r f e r ir S e l l eksperimentais įrodė, kad šaltis, veikdamas pilvo odą, padidinąs rūgštingumą ir sunkos kiekį, o šilima — atvirkščiai veikianti. Šalčio ir histamino veikimas šituo atveju esąs lygus. N. vagus yra skrandžio autonomijos ir sekrecijos stimuliatorius, todėl reikia manyti, kad refleksiškas šalčio veikimas eina per nervus vagus. Paralyžiavus n. vagus, šalčio refleksas sumažėjąs. Eksperimentais yra patirta, kad, atropinu paralyžiavus n. vagus, šalčio veikimas skrandžiui esąs sulaikomas. Teippat ir su žmonėmis yra patirta, kad, kartu vartojant šaltį ir atropinuojant, išvengiama rūgštingumo ir skrandžio sekrecijos pakilimo. Iš to išvedama, kad smarkiai kraujuojančios opos atveju vienas šaltis (pūslė su ledais), padidindamas rūgštingumą, sekreciją ir mobilitetą galįs tik pabloginti, kai, tuo tarpu vartojant kartu ir atropiną (geriausia, supozitorijomis), labai gerai stabdomas kraujavimas.

Skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opoms dijatermija gydyti yra du būdu. Pagal senesnę metodę gydoma elektrodus uždėjus

vieną ant pilvo, skrandžio srityje, o antrą, didesnį, — ant nugaros, teippat skrandžio srityje. Antrą būdą neseniai pasiūlė rusų autorius G r o t. Jis siūlo šildyti dijatermija kaklą, dedant elektrodus paliai m. sternocleidomastoideus užpakalinį kraštą, t. y. jis siūlo šildyti kaklo srityje n. vagus ir sympatinius nervus bei ganglijas. Jis aprašo apie 20 atsitikimų, sergančių sekretorinės ir motorinės skrandžio funkcijos sutrikimais, kuriuos tuo būdu gydydamas gavęs skrandžio sekrecijos sumažėjimą, nusiskundimų pranykimą ir motorinės funkcijos pagerėjimą.

Aš ėmiausi eksperimentais patikrinti, kaip toks kaklo nervų šildymas veikia skrandžio sekretorinę ir evakuacinę funkciją. Eksperimentams ligonius pasirinkau, daugiausia turinčius padidėjusį rūgštingumą, ir kelis, turinčius normalų ar truputį sumažėjusį rūgštingumą. Pirmą dieną skrandžio sunka buvo tiriama frakciškai, t. y. buvo imama duodeniniu zondu augščiau aprašytąja metode, ir ištyrus buvo išbrėžiama sekrecijos kreivė. Rytą, ligoniui teippat nieko nevalgius ir negėrus, įkišamas į skrandį duodeninis zondas, ištraukiama sunkos tiek, kiek gaunama, ir toliau dar kas 10 min. ištraukiamos su švirkštu 3 porcijos, po tiek, kiek gaunama. Paskutinę, t. y. 4-tą iš eilės, porciją ištraukus, duodama ligoniui išgerti jaudinamojo tirpalo (300,0 vandens+0,2 coff. puri + 1-2 lašus methylenblau 2%). Ligoniui skiedinį išgėrus, tuojau uždedami ant kaklo elektrodai ir pradedama šildyti. Šildoma 30 min. iki 1 amp. Elektrodus aš vartojau švininius 0,6 mm. storio, 7 cm. ilgio ir 4 cm. pločio. Dijatermijos aparatas „Pantotherm Supra". Visą laiką kas 10 min. traukiama po 10 kb. cm. skrandžio sunkos. Pusę valandos pašildžius, elektrodai nuimami ir skrandžio sunka imama toliau kas 10 min. po 10 kb. cm. iki spalvai nublukstant. Spalvai nublukus, imamos dar 3 porcijos kas 10 min., bet jau ne po 10 kb. cm., bet po tiek, kiek gaunama. Po to zondas ištraukiamas ir tiriama skrandžio sunka. Kiekvieną porciją atskirai ištyrus, išbrėžiama rūgštingumo kreivė ir lyginama su vakarykščia, gauta be dijatermijos. Vieną iš 16 atsitikimų čia aprašau:

Lig. J. A., 25 m. amž., policininkas.

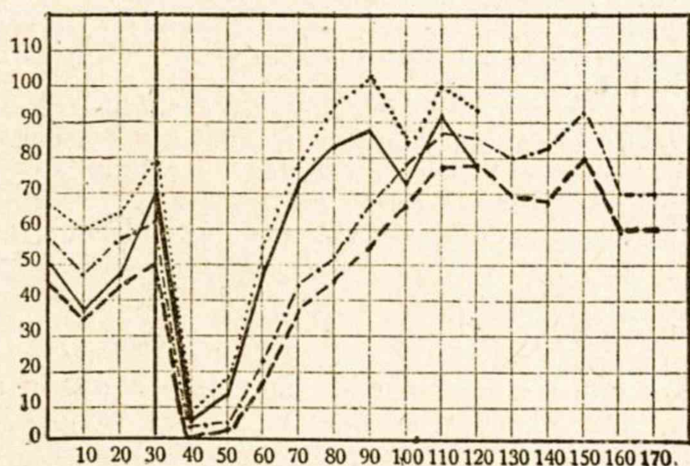
A n a m n e z ė: Nusiskundžia skausmais duobutėje po krūtine, ypač po sunkesnio valgio, riemens ėdimu, rūgščiais atsirūgimais ir, apskritai, nuolatiniu rūgštumu burnoje. Ligonį riemuo ėdąs jau keletą metų. Išgėrus sodos būdavę geriau. Paskutiniu laiku skausmai pasidarę nuolatiniai. Anksčiau sirgęs angina, dėmėtąja šiltine ir gripu. Paveldėjime nieko ypatingo.

S t a t u s p r a e s e n s: Ligonis augšto ūgio, taisyklingo kūno sudėjimo, geros mitybos. Kvėpuojamieji ir kraujo apytakos organai neturi patologiškų pakitimų. Viduriai palpuojant ir perkutuojant skaudami. Kraujo ir šlapimų analyzėse nieko ypatingo. Išmatose Weber'io reakcija teigiama. Šviečiant skrandį rentgenu, įdavus kontrastinio preparato, buvo rasta hyperperistaltica. Ligoniui buvo nustatyta dijagnozė: ulcus ventriculi.

Skrandžio sunkos frakcinis tyrimas, ligoniui atvykus be dijatermijos ir rytą su dijatermija, davė kreivėmis šiuos rezultatus (žiūr. 1 atv.):

Apatinėje abscisėje žymimas laikas, o viršutinėje — rūgštingumas. Storesnė vertikalinė linija (ties 30 min.) pažymi tą momentą, kai suleidžiamas jaudinamasis tirpalas. Nepritaikius dijatermijos tiriant skrandžio sunkos rūgštingumą, taškinė (··············) linija parodo bendrą HCl rūgšties kiekį ir ištisinė (————) — laisvosios HCl rūgšties kiekį, o pritaikius dijatermiją — taškinė brūkšniuota (·—·—·—) linija parodo bendro rūgštingumo kreivę ir brūkšniuota (— — — —) linija — laisvos HCl kiekį (kreivę).

Iš kreivių matome, kad, tiriant nepritaikius dijatermijos, didžiausias laisvosios HCl rūgšties kiekis po valandos laiko, suleidus jaudinamąjį tirpalą, buvo 88, o bendrasis rūgštingumas siekė 102. Tiriant gi pritaikius dijatermiją, laisvosios HCl rūgšties po valandos, suleidus jaudinamąjį tirpalą, buvo 56 ir didžiausias HCl kiekis po 80 min. siekė 78 ir bendras rūgštingumas po valandos laiko, suleidus jaud. tirpalą, buvo 66 ir didžiausias po 80 min. — 88. Iš kreivių teippat matome, kad, veikiant dijatermijai, ne tik rūgštingumas sumažėja, bet ir rūgštingumo išsiskyrimo eiga yra lėtesnė ir kreivė kyla į viršų ne teip staiga. Teip tiriant iš 16 atsitikimų 62,5% buvo gautas rūgštingumo sumažėjimas ir 37,5%—rūgštingumas liko toks pat arba kiek padidėjęs. Padidėjimas veikiant dijatermijai buvo pastebėtas tais atvejais, kai, tiriant nepritaikius dijatermijos, jis buvo gautas kiek sumažėjęs, o dviem atsitikimais — normalus. Skausmai, veikiant dijatermijai, visais atvejais pranykdavo arba sumažėdavo. Kai dėl dijatermijos gydomosios vertės, iš mūsų klinikos nieko negalima pasakyti, nes visi ligoniai, be dijatermijos, gavo ir kitokį gydymą.



1 atvaizdas.
Kreivės, gautos ištyrus skrandžio sunką, nepritaikius dijatermijos ir pritaikius dijatermiją.

Dabar kyla klausymas, kuriuo būdu ir kuriais keliais pasireiškia dijatermijos įtaka skrandžiui? Dijatermijos metu yra šildomi sympatiniai (n. sympathicus) ir parasympatiniai (n. vagus) nervai. Elektros srovė veikia vienu metu ir vieną ir antrą Kaklo srityje n. vagus anastamozuojasi su n. sympathicus. Taigi, dijatermija veikia apskritai vagus-sympathicus. G r o t sako, kad dijatermija veikianti nervų protoplazmą, pagerindama kraujo ir lymfos apytaką, pagerindama jų mitimo procesą. Pagal B e r g m a n n'o neurageninę skrandžio opos teoriją, kaip kad G r o t sako, šitas dijatermijos veikimas per nervus skrandžiui esąs visai

suprantamas. Dijatermijos veikimas kaklo srityje vagus-sympathicus'ui per n. vagus kamieną persiduodąs skrandžiui ir sumažinąs jautrumą. Antra vertus, ta pati dijatermija veikia ir n. sympathicus, pakeldama jojo tonus'ą. Kadangi dijatermija veikia, pagerindama kraujo apytaką ir tuo būdu nervinio audinio mitybą, tai visai suprantama, kad n. vagus ir n. sympathicus dysharmonija mažėja, sympatinės ir parasympatinės nervų systemos veikimas gerėja ir tuo būdu abi nervų systemos prieina prie normalaus ir harmoniško veikimo.

Toliau buvo tiriami ligoniai, šildant dijatermija pilvo sritį. Didesnysis, 18 cm. ilgio, 12 cm. pločio ir 0,6 mm. storio, švininis elektrodas buvo dedamas ant nugaros skrandžio augštumoje ir mažesnysis, 14 cm. ilgio, 10 cm. pločio ir 0,6 mm. storio, buvo dedamas ant vidurių skrandžio srityje. Buvo šildoma 30 min. iki 1,5 amp. Skrandžio sunka buvo imama ir tiriama, kaip kad ir elektrodus dedant ant kaklo, ir buvo išbrėžiamos kreivės. Porą iš 20 tirtų atsitikimų čia aprašau:

Lig. S. K., policininkas, 35 m. amž., atvyko į kliniką 1934 m. lapkričio 2 d.

Anamnezė: Skundžiasi skausmais viduriuose, ypač po valgio, bendru silpnumu ir blogu miegu. Ligonis sergąs jau 2 metus. Prieš metus gulėjo mūsų klinikoje dėl skrandžio opos. Vėliau buvusi padaryta appendektomia. Geriau nesijautęs. Paskutiniu laiku skausmai skrandyje esą beveik nuolat, po valgio didėją. Dažnai atsirūgstąs, ėdąs riemuo, retkarčiais vemiąs rūgščiomis masėmis. Mažas būdamas sirgęs vidurių šiltine.

Status praesens: Ligonis vidutinio ūgio, taisyklingo kūno sudėjimo, pakankamos mitybos. Kvėpuojamuosiuose ir kraujo apytakos organuose nerasta patologiškų pakitimų. Skrandžio sritis palpuojama ir perkutuojama skaudama. Išmatose Weber'io reakcija neigiama, Adler'io reakcija silpnai teigiama. Kraujo ir šlapimų analyzėse nieko ypatingo. Peršviečiant rentgenu, įdavus kontrastinio preparato, buvo rasta hypomotilitas et ptosis ventriculi (įtariama skrandžio opa). Pasirėmus visais kliniškais symptomais buvo dijagnozuota skrandžio opa.

Tiriant skrandžio sunką, nepritaikius dijametrijos ir pritaikius dijametriją bei išbrėžus kreives, gautas šitoks vaizdas: (žiūr. 2 atv.).

Iš kreivių matoma, kad, tiriant nepritaikius dijatermijos, didžiausias laisvosios HCl rūgšties kiekis, praėjus 50 min. po jaudinamojo tirpalo suleidimo ar išgėrimo, buvo 100 ir bendrasis rūgštingumas siekė 104. Veikiant dijatermijai, didžiausias laisvosios HCl rūgšties kiekis, praėjus 50 min. po jaudinamojo tirpalo išgėrimo, buvo 80 ir bendrasis rūgštingumas — 86, o didžiausias laisvosios HCl rūgšties kiekis, praėjus 60 min., buvo 88 ir bendras rūgštingumas 94. Kaip matoma iš kreivės, vėliau rūgštingumas dar pakilo, bet jau tas pakilimas buvo skrandžiui išsituštinus ir, be to, vis tik jau nebepasiekė pirmųjų, gautų tiriant nepritaikius dijatermijos, skaičių.

Imsime antrą ligonį, kurio tyrimų kreivės dar ryškesnės:

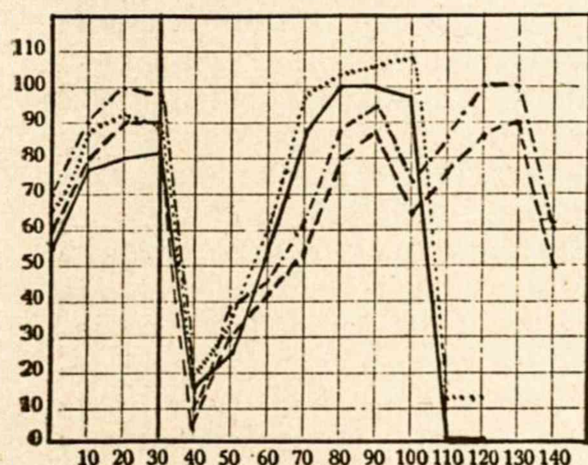
Lig. K. V., 30 m. amž., darbininkas, atvyko į kliniką 1935 m. vasario mėn. 19 d.

Anamnezė: Skundžiasi skausmais duobutėje po krūtine, kartais vėmimu, rūgščiais atsirūgimais. Ligonis sergąs jau 5 metus. Liga čia gerėjanti, čia vėl blogėjanti. Paskutiniu laiku daugiau skaudą ir lyg deginą po krūtine.

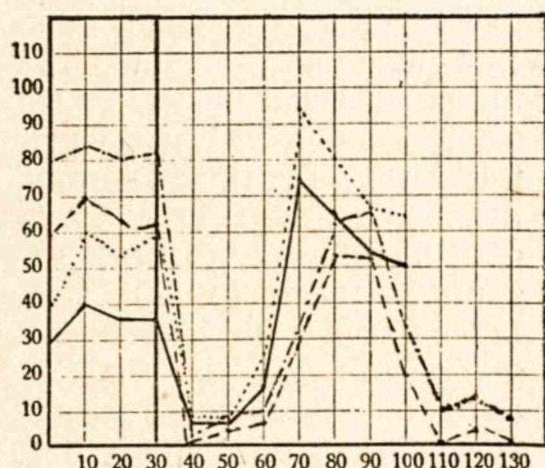
Status praesens: Ligonis vidutino ūgio, asteniško kūno sudėjimo, oda kiek išblyškusi. Plaučiuose ir kraujo apytakos organuose nieko ypatingo. Palpuojant ir perkutuojant viduriai skaudami. Weber'io reakcija išmatose silpnai teigiama. Tiriant rentgenu skrandį, įdavus kontrastinio preparato, rasta hypersekrecija ir kiek padidėjusi peristaltika. Skrandžio sunkoje Adler'io reakcija stipriai teigiama.

Tiriant šito ligonio frakciškai skrandžio funkciją, nepritaikius dijatermijos bei pritaikius dijatermiją ir tyrimo rezultatus išbrėžus kreivėmis, gautas toks vaizdas: (žiūr. 3 atv.).

Iš šitų kreivių matome, kad, tiriant nepritaikius dijatermijos, didžiausias laisvosios HCl rūgšties kiekis, praėjus 40 min. po jaudinamojo tirpalo išgėrimo, buvo 74 ir bendrasis rūgštingu-



2 atvaizdas.



3 atvaizdas.

Kreivės, gautos tiriant skrandžio sunką, nepritaikius dijatermiją ir pritaikius dijatermiją.

mas — 92. Tiriant pritaikius dijatermiją, laisvosios HCl rūgšties kiekis, praėjus 40 min., buvo 26 ir bendrasis rūgštingumas — 38, o didžiausias rūgštingumas, praėjus valandai po jaudinamojo tirpalo išgėrimo, buvo laisvosios HCl rūgšties 54 ir bendrosios 66. Kaip matoma iš 2-rojo ir 3-čiojo brėžinio kreivių, veikiant dijatermijai rūgšties išsiskyrimas sulėtėja ir todėl kreivės kyla lėčiau ir nepasiekia tokio augščio, kaip kad nepritaikius dijatermijos. Teip tiriant iš visų atsitikimų buvo gauta 75% rūgštingumo didesnio ar mažesnio laipsnio sumažėjimas ir 25% mažas padidėjimas arba liko toks pats. Jei rūgštingumas yra didelis, tai, veikiant dijatermijai, visuomet jis sumažėja. Skausmai, jei jie būdavo, veikiant dijatermijai visuomet pranykdavo arba sumažėdavo.

Kaip gi veikia šilima ir dijatermija skrandžio judrumą ir išsituštinimą? Judrumo ir išsituštinimo sutrikimai labai dažnai būna

svarbesni negu kad sekrecijos sutrikimai, nes, dažnai ir visiškai achylijai esant, didelių nusiskundimų nėra, o sutrikus motorinei funkcijai, tuojau reiškiasi negerumai. Dėl šilimos ir dijatermijos įtakos motorinei evakuacinei skrandžio funkcijai teippat yra nuomonių skirtumas. Best, Konheim sako, kad išsituštinimas sulėtėjąs. Kiti autoriai kaip kad Jarovski, Linosser, Müller, Ewald, Katsch, sako, kad išsituštinimas pagreitėjąs. Išsituštinimo pagreitėjimą Lüdin aiškina, viena, spazmolyziškų veikimu, o, antra, peristaltikos pagerėjimu. Išsituštinimo pagreitėjimą ir peristaltikos pagerėjimą geriausia konstatuoti rentgenu. Apie skrandžio išsituštinimo greitį, frakciškai skrandžio sunką tiriant, galima spręsti iš to, kaip greitai nusispalvina jaudinamasis tirpalas. Iš 1, 2 ir 3-čiojo atvaizdų matome, kad veikiant dijatermijai nusispalvinimas pavėluoja, sulėtėja. Pirmame atvaizde sulėtėjo 20 min., antrame — 10 min. ir trečiame — 20 min., nes, nepritaikius dijatermijos, jaudinamasis tirpalas nusispalvino per 40 min., o veikiant dijatermijai — jau per 60 min. Augščiau minėtuose mano tyrimuose, sprendžiant iš jaudinamojo tirpalo nusispalvinimo, šildant dijatermija kaklo sritį, buvo gauta 62,5% išsituštinimo sulėtėjimas ir 37,5% išsituštinimas liko toks pats. Šildant dijatermija pilvo sritį buvo gauta 78% išsituštinimo sulėtėjimas ir 22% liko toks pats. Išsituštinimo ar, geriau, jaudinamojo tirpalo nusispalvinimo pagreitėjimo nebuvo gauta nei vienu atsitikimu. Čia reikia pastebėti, kad mano tirtieji ligoniai buvo ne eiliniai, bet dauguma, turį padidėjusį rūgštingumą, sekreciją, ir rentgenu švitinant konstatuota daugumai atsitikimų padidėjusi peristaltika. Išsituštinimas liko toks pats tais atvejais, kai buvo nepadidėjęs rūgštingumas ir rentgenu nekonstatuota hyperperistaltikos.

Tuo būdu įvairių autorių nuomonių skirtumas dėl šilimos ir dijatermijos įtakos motorinei ir evakuacinei skrandžio funkcijai pareina nuo to, kuriuos atsitikimus autorius pasirenka tyrimui. Be to, ar jaudinamojo tirpalo nusispalvinimo momentas sutampa su skrandžio išsituštinimu, sunku pasakyti, nes gali būti ir teip, kad veikiant dijatermijai rūgšties išsiskyrimas mažėja, o, apskritai, skrandžio sunkos mažesnio rūgštingumo sekrecija padidėja, tirpalą daugiau praskiedžia, susidaro skrandyje didesnis sunkos kiekis ir išsituštinimas sulėtėja, nusitęsia. Bet, greičiausia, nusispalvinimo sulėtėjimas pareina ne nuo sekrecinės, bet nuo motorinės, veikiant dijatermijai, skrandžio funkcijos pakitimo.

Grot tyrinėdamas priėjo išvadą, kad šilima ir dijatermija reguliuoja skrandžio funkciją: padidėjusią funkciją nuramina, o sumažėjusią pakelia. Mūsų klinikos stebėjimai ir augščiau aprašytieji tyrimai jo išvados pirmąją dalį visiškai patvirtina. Įvertinant visus eksperimentiškus tyrimus ir daugelio kliniškus stebėjimus, ypačiai jei remtis Bergmann'o neurogonine skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opų kilmės teorija, šilima ir dijatermija, mažindamos rūgštingumą, panaikindamos ar sumažindamos spaz-

mus bei skausmus ir reguliuodamos skrandžio funkciją, yra patartinos ir indikuotinos skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opoms gydyti. Kaikurie tyrinėtojai ir klinicistai net sako, kad šilima ir dijatermija esąs priežastinis skrandžio ir dvylikarpirštės žarnos opų gydymas.

Paskutiniu laiku pradėta vartoti trumpųjų ir ultratrumpųjų bangų dijatermija. Ilgųjų, trumpųjų ir ultratrumpųjų bangų dijatermijai vartojama dažno kintamumo (Höchfrequenzströme) elektros srovė, skirtumas tik bangų ilgume. Ilga banga laikoma tokia, kuri turi nuo 200 iki 600 m. ilgio, trumpa — nuo 30 iki 200 m. ilgio ir ultratrumpa — nuo kelių centimetrų iki 30 m. Iki šiol ilgųjų bangų dijatermijai buvo vartojamas 300—600 m. bangų ilgis. Trumpųjų bangų dijatermijai vartojamas apie 30 m. bangų ilgis. Daugelis tyrinetojų, kaip kad Haase, Schliephake, Liebesny, Wertheim, Gumbert, Graf, Berggreen, Compere, Kowarschik ir kt., įrodinėja trumpųjų ir ultratrumpųjų bangų specifišką, t. y. daugiau negu šilimos, veikimą. Jie pastebėję, kad, veikiant trumposiomis ir ultratrumposiomis bangomis, streptokokų, stafilokokų, pneumokokų, ir kitų augimas susilpninamas arba visai sulaikomas, difterijos toksinai detoksikuojami etc. Kiti gi mano, kad ir tokių bangų dijatermija yra grynos ir tyros šilimos veikimas Tuo būdu trumpųjų ir ultratrumpųjų bangų dijatermijos specifiško veikimo klausymas dar atviras.

Trumpųių bangų dijatermijos aparatai gydymui turi šią pirmenybę: 1) nėra pavojaus nudeginti, nes jų elektrodai gali būti apdengti guma, ar kuo kitu; 2) nešoka kibirkštis, ir didesniam įtempimui esant; 3) lengva ir suprastinta vartojimo technika, nes elektrodai galima uždėti ir ant drabužių, ir 4) kaikurių autorių manymu, duoda gilesnį ir geresnį šiliminį veikimą.

Apskritai, dijatermija virškinamojo trakto susirgimuose dabar plačiai vartojama ir gaunama gerų rezultatų, tačiau jos fyzijologiškas veikimas detalėse dar tebėra stebėjimų, tyrimų ir eksperimentų stadijoje.

Išvados:

1. Dijatermija ir šilima mažina padidėjusį skrandžio rūgštingumą ir padidina sumažėjusį, t. y. normuoja sekretorinę skrandžio funkciją.

2. Dijatermija ir šilima, veikdamos spazmolyziškai, sumažina arba visai panaikina vidurių skausmus.

3. Dijatermija ir šilima sulėtina pagreitėjusią skrandžio peristaltiką ir jo iššitušt:.imą.

4. Kadangi šilima ir dijatermija mažina padidėjusį rūgštingumą, veikia spazmolyziškai ir lėtindama peristaltiką, kitaip sakant, veikia ramindama pakilusią skrandžio funkciją, tai ji yra indikuotina skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opoms gydyti.

Literatūra.

1. Bergmann: Handbuch der Inneren Medizin.
2. K. Buinevičius: Vidaus ligų klinikos vadovėlis. II ir III dal.
3. Franz Büchner: Magensaft, Gastritis und peptisches Geschwür. („Kl. Woch." 1930 m. 1 nr.).
4. Проф. Я. Г. Диллон и друг.: К диагностике язвенной болезни. („Кл. Мед." 1934 m. 6 nr.).
5. Прив. доц. И. М. Флекель: Диагностика язвенной болезни. („Сов. Врачебн. Газ." 1934 m. 4 nr.).
6. Р. А. Грот и прив. доц. Б. А. Егоров: Новый способ лечения язвы желудка и вегетативнотрофических синдромов диатермией шейнаго отдела симпатической и парасимпатической нервной системы. („Клин. Медиц." 1933 m. 3–4 nr).
7. Dr. Hans Hanke: Vegetativ-peptische (hormonale) und toxische Gastritis im Experiment. („Kl. Woch." 1934 m. 41 nr.).
8. Gerhard Katsch: Normale und veränderte Form und Lage des Magens. Handbuch der Inneren Medizin.
9. Dr. J. Kowarschik: Neue Wege der Kurzwellentherapie. („Klin. Woch" 1934 m. 42 nr.).
10. Dr. J. Kowarschik: Wersuche mit Kurzwellendiathermie. („Kl. Woch." 1933 m. 43 nr.).
11. Dr. A. Laquer: Physikalische Therapie. („Med. Klin." 1928. 43 ir 44 nr.).
12. Dr. H. Lippelt u Dr. Carl Heller: Die Einwirkung der Kurzwellen auf Bakterien. („Klin. Woch." 1934 m. 49 nr.).
13. L. Moszkowicz: Ueber die Entstehung der Magengeschwürkrankheit (Gastropathie). („Klin. Woch." 1930 m. 9 nr.).
14. Dr. Leo Norpoth: Ueber einige neuere Arbeiten zur Physiologie und Pathologie der Verdauungsorgane. („Med. Klin." 1934 m. 37 nr.).
15. Проф К. В. Пунин: Методы клинической диагностики желудочных заболеваний.
16. Prof H. Schlecht: Erkennung und Behandlung des Magen- - und Zwölfingerdarmgeschwürs. („M. M. W." 1933 m. 43, 44 ir 45 nr.).
17. E. Schliephake u. A Compere: Specifische Wirkungen des Ultrakurzwellenfeldes. („Klin. Woch." 1933 m. 44 nr.).
18. Прив. доц. Н. П. Тагери, Е. Г. Зархи: О лечении язвы желудка и двенадцатиперстной кишки щелочами. („Кл. Мед" 1934 m. 6 nr.).
19. С С. Вайнштейн и прив. доц. В. М Штерн: Картина слизистой желудка по данным гастрофотографии. („Клин. Медиц." 1934 m. 6 nr.).
20. Westphal: Ueber den Reizmagen, die Gastritis und die peptischen Ulcera, ihre Aetiologie und Therapie. („M. M. W." 1935 m. 22 nr.).
21. Е. Е. Зархи: О влиянии местнаго тепла на секреторную и моторную функции желудка. („Сов. Врачебн. Газ." 1934 m. 8 nr.).

Autoreferat.

Die Magen-und Duodenalgeschwüre u. ihre Behandlung mit Diathermie.

Die Magenerkrankungen sind für den praktischen Arzt von grosser Wichtigkeit und manchmal schwer verständlich, denn ihre Funktion, der Mechanismus u. Pathologie sind sehr kompliziert. In letzter Zeit beginnt man bei Erkrankungen des Verdauungstraktes immer mehr Wärme u. Diathermie anzuwenden. Der Wechselstrom geht durch den Körper u. wird zur Wärmeenergie. Zeynek gab als Erster den Gedanken diese Wärmeenergie zur Erwärmung tief liegender Organe anzuwenden. Die Frage der physiologischen Wirksamkeit der Diathermie ist noch nicht ganz gelöst. Auch Wärmemethoden gibt es einige. Zur Therapie des Magen-u. Duodenumgeschwürs empfielt ein russischer Autor, Grot, Diathermie des n.

vagus u. n. sympathicus in der Halsgegend. Durch derartige Behandlung erhielt er Verminderung der Magensekretion, Verschwinden oder bedeutendes Nachlassen der Schmerzen u. Besserung der motorischen Funktion des Magens Ich unternahm es experimentell nachzukontrollieren, wie die Diathermie der Halsnerwen auf die sekretorische u. evakuatorische Funktion des Magens einwirkt. Am ersten Tage wurde der Magensaft fraktioniert untersucht. Am nächsten Tage wird wiederum fraktioniert untersucht, dann eine Reizlösung (300,0 Aq. fontis + 0,2 Coffeini puri + 2 Tropfen sol. Methylenblau) eingespritzt u. sofort danach in der Halsgegend, am vorderen Rand des m. sternocleidomastoideus Elektroden aufgelegt u. 30 min. gewärmt. Nach den Magensaftuntersuchungen werden Kurven angelegt. Unter den 16 untersuchten Fällen waren es 62,5%, wo die Säurewerte geringer u. 37,5%, wo sie höher wurden oder dieselben blieben. Die Azidität stieg nach der Diathermie in den Fällen an, wo sie vorher vermindert war. Der Säureanstieg, die Kurve, steigt nach der Diathermie nicht sehr plötzlich u. erreicht niemals die Anfangszahlen. Die Schmerzen schwanden oder verminderten sich sehr in sämtlichen Fällen. Hier wirkt die Diathermie sowohl auf den n vagus, wie auch auf den n. sympathicus. Die Wärme bessert die Blutzirkulation u. die Ernährung der Nervenzellen. Somit wird die Dysharmonie zwischen Vagus u. Sympathicus geringer, die Tätigkeit des sympathischen u. parasympathischen Nervensystems bessert sich u. beide Systeme gelangen wieder zur normalen u. harmonischen Tätigkeit. Ferner untersuchte ich die Elektroden, die auf Bauch u. Rücken gelegt werden. In diesen Fällen wurde 75% Aziditätsverminderung u. 25% — geringer Anstieg oder unverändert. Bei der Halsdiathermie wurde 62,5% Evakuierungsverlangsamung erhalten u. 37,5% ergaben unveränderten Zustand. Bei der Bauchdiathermie erhielten wir 78% Verlangsamung u. 22% unverändert. In keinem der Fälle wurde Evakuirungsbeschleunigung beobachtet. Es muss betont werden, dass zur Behandlung nur Fälle gewählt wurden, die röntgenologisch meist hypermotilitas u. hyperperistaltika aufwiesen. Somit kann man den Schluss ziehen, dass die Wärme n. Diathermie die Magenfunktion reguliert: die herabgesetzte Funktion wird gefördert, die Hyperfunktion zur Ruhe gebracht. Wenn wir alle Experimente u. klinische Beobachtungen zusammenfassen, besonders wenn wir die neurogene Theorie von Bergmann's beachten, kommen wir zur Folgerung, dass die Wärme u. Diathermie, indem sie die Azidität verringern, die Schmerzen u. Spasmen beseitigt u. die Funktion des Magens regulieren, bei Magen-und Duodenalgeschwüren indiziert sind.

Dr. I. K. Kibarskis.

Tulžies takų dijagnostika, cholecystografija ir pastarosios metodžių reikšmė.

(Iš Kauno žydų ligoninės rentgeno skyriaus. — Vedėjas — dr. B. Golachas).

Tulžies takų topografinė padėtis dešiniajame hypochondrium'e — „tame užburtame dijagnostikos atžvilgiu kampe“ — žymiai apsunkina jų dijagnostiką. Šitoje vietoje susiduria daugelis organų, dažnai susergančių ir duodančių panašių nusiskundimų, k. a.: skilvis, ypač jo kaudalinė dalis, duodenum visu ilgiu, colon transversum, minėtieji tulžies takai, pankreas, iš apačios appendix'as, ypač nenormaliai padėčiai esant, ir dar dešinysis inkstas. Todėl nenuostabu, kad čia dijagnozė nustatyti dažnai

galima tik per exclusionem; ir todėl savaime suprantama, kad kiekvieno organo tiksli dijagnozė šitoje srityje labai svarbi.

Su tulžies takų susirgimais gydytojas kasdieninėje savo praktikoje labai dažnai susiduria, pirmiausia — su cholelithiasis, toliau su antriniu ar pirminiu cholecystitis, dėl kurių išsirūtuliuoja hepatitai su jų padariniais. Paskutiniu laiku daug kalbama apie latentinius kepenų susirgimus, kurių šaltinis yra chroniškos tulžies takų ligos. Žymūs Pragos klinicistai — R. Schmidt, Pribram, Nonnenbruch, Vienos — Eppinger, Jagič, Eliasz randa didelį procentą polyartritų, kurių priežastis yra chroniškasis cholecystitis. Jie teigia, kad šitokių polyartritinių susirgimų yra daug daugiau, negu jų susekama. Taigi, svarbu pažinti ir susekti tulžies takų susirgimas, norint apsaugoti nuo tolimesnių komplikacijų. Čia tu žies takų rentgenografija dauguma atsitikimų gali šitai išaiškinti. Kadangi pati tulžis turi tokį patį spindulių absorbcijos koeficijentą, kaip kad kepenų parenchyma ir aplinkuma, tai, kad tat būtų matoma nuotraukose, turi būti pripildyta kontrastinės masės. Tatai 1929 m. pirmieji padarė Graham ir Cole. Jų nuopelnas yra tas, kad jie atrado minimališkai nuodingą druską, susidedančią iš jodo, kaip duodančio šešėlį, ir phenolphtalein'o, kuris, dėl jo afiniteto prie kepenų ir tulžies, transportuoja jodą pro kepenis į tulžies takus. Ten šitoji druska tulžies pūslės gleivinės koncentruojama ir tuo būdu duoda šešėlį.

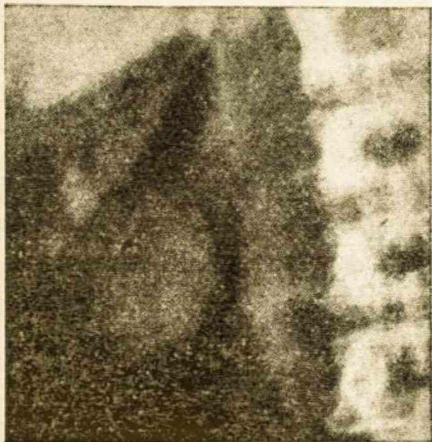
Kontrastinės masės įvedimo metodės yra dvi: 1) oralinė ir 2) veninė cholecystografija. Veninė cholecystografija yra senesnė ir iki šiol tikriausias būdas. Mat, oralinė juk pareina nuo rezorbcijos, nuo skilvio sulčių, o dažnai dar ligoniai tam tikrą kiekį išvemia. Veninės cholecystografijos komplikacijos, kurių anksčiau būdavo bijoma, tiksliai dozavus ir atsargiai suleidus į veną, išvengiamos, o rezultatai esti tikslūs. Todėl minėtose klinikose, kur teko neseniai būti, daugiausia daroma veninė cholecystografija, nes, jai esant neigiamai, mes galime kalbėti apie tulžies takų susirgimą, o oralinės metodės neigiamoji cholecystografija nieko dar nerodo. Dabartiniai preparatai — jodtetragnost'as arba sombruven'as – kontraindikuotini esant morbus Basedowi, cirrhosis hepatis ir icterus su augšta temperatūra, o kitais atsitikimais tulžies takų rentgenografija gali būti plačiai vartojama patologiškiems ir net fyzijologiškiems apsireiškimams išaiškinti. Iš dažniausių tulžies takų susirgimų yra tulžies akmenys, kurie, būdami daugiausia cholesterino bei bilirubino padariniai ir kurių absorbcijos koeficijentai yra lygūs aplinkumos absorbcijai, neduoda šešėlio, o pripildžius pūslę jie matomi kaip tamsesnės vietos, palyginti su kontrastine mase (nes labiau praleidžia spindulius). (Žiūr. 1-mą atvaizdą).

Čia patiekiame ligos istorijų ištraukas:

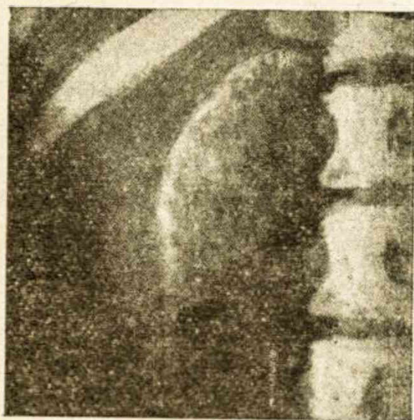
1. **Lig. B. F.**, 1385 nr., 40 metų amžiaus. Treji metai kaip skaudąs pilvas bambos srityje Skausmai trunką kelias dienas, priepuolio metu pakyląs karštis. Gydytojai įtarę appendicitis

Buvo padaryta veninė cholecystografija; pūslė prisipildžiusi, kraštai nelygūs, prisipildymo viduryje matyti defektai, konkrementų šešėliai. Po Boiden'o pusryčių vaizdas toks pats.

Rentgeno dijagnozė: Cholelithiasis, pericholecystitis.



1 atvaizdas.
Tulžies akmens matomi kaip tamsesnės vietos.



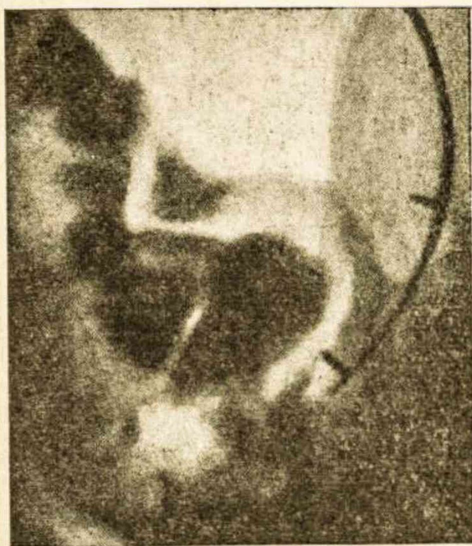
2 atvaizdas.
Operuojant tulžies pūslėje rasta 1.090 akmenų

Ypač aiškiai matomi jų konturai, apsupti kontrastinėmis masėmis, lyg kalkių plutos.

Esant daug konkrementų pūslėje, gaunamas nuotraukoje vaizdas, panašus į tą, kurį matome, žiūrėdami pro mikroskopą į susibūrusius erytrocytus, arba pūslė būna išraižyta, dėmėta, kaip matyti iš 2-o atvaizdo (žiūr. 2-ą atv.).



3 atvaizdas.
Šešėlis žemiau articulatio sacroiliaca



4 atvaizdas.
Pavartojus kompresiją, matomi facetiniai akmens.

2. **Lig. I. U.**, 47—35 nr., 29 metų amžiaus. Dvejus metus labai skaudą duobikės srityje, ypač pavalgius. Gydžiusis nuo skilvio, pagerėdavę tik trumpam laikui, bet skausmai visiškai nenustoję.

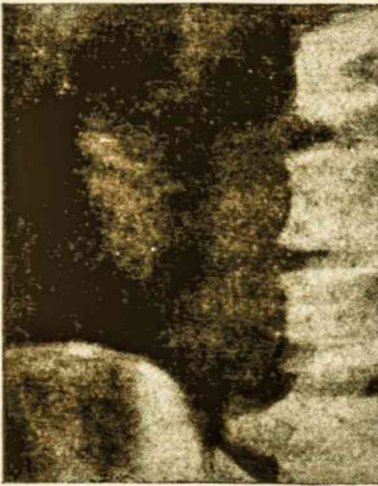
Buvo padaryta veninė cholecystografija: visa pūslė išraižyta. Po Boyden'o pusryčių vaizdas toks pats (kaip kad ir 1-ame atv.).

Rentgeno dijagnozė: Cholelithiasis, pericholecystitis

Ligonė buvo operuota, rasti dideli cirkuliariniai suaugimai ir didelė, pilna mažų konkrementų, pūslė, kurioje suskaityta 1.090 akmenukų.

Tik retkarčiais tulžies akmenys, susidarę iš kalcio fosfatų, kalcio karbonatų arba turėdami kalkių plutą, matomi ir be kontrastinės masės. (Žiūr. 3 ir 4 atv. ir 3 atsitikimą).

Nuotraukoje akmenų šešėliai gali būti įvairiose vietose, ne būtinai dėl sunkumo apatinėse dalyse, kaip kad kitų manoma. Mat, nereikia užmiršti, kad nuotrauka daroma gulsčioje padėtyje ir tuomet akmens gali pakeisti savo padėtį, o antra, dėl suau-



5 atvaizdas.
Akmens matomi ir tulžies pūslės kaklelio srityje.



6 atvaizdas.
Cholecystitis

gimų. Konkrementai gali gulėti net ir pūslės kaklelio srityje, kas gali būti neprisipildymo priežastimi. (Žiūr. 4-tą ir 5-tą atv.).

3. **Lig. B. M.**, 41—88 nr., 50 metų amžiaus. Apie 15 metų skaudąs pilvas ileocekalinėje srityje. Kreipusis daugelį karių į gydytojus, buvęs įtartas appendicitis, ulcus ventriculi.

Peršviečiant virškinamąjį traktą, mažajame dubenyje buvo rasta konkrementų. Nuotraukoje matomi typingi facetiniai tulžies akmens. Čia tulžies pūslės padėtis dėl ligonio kyphoscoliosis sunku buvo net įtarti. (Žiūr. 3-me atv. šešėlį žemiau articulatio sacroiliaca). 4-as atv. rodo tą patį atsitikimą; pavartojus kompresiją, akmens matomi aiškiau, galima net suskaityti.

4. **Lig. J. Ch.**, 20—12 nr., 31 metų amžiaus. Prieš 15 metų sirgusi šiltine. Po ligos pradėjusi jausti skausmus dešiniajame hypochondrium'e. Pastaruoju laiku skausmai padažnėję ir sustiprėję.

Buvo padaryta veninė cholecystografija (žiūr. 5-ą atv.). Pūslė išraižyta, ypač viršutinėje dalyje. Po Boyden'o pusryčių vaizdas toks pats.

Rentgeno dijagnozė: Cholelithiasis, cholecystopathia.

Tulžies takų rentgenografija gali išaiškinti ne tik konkrementus, bet teippat ir kitus procesus, k. a., uždegimą (cholecystitis arba pericholecystitis), kuris dažnai ir esąs akmenų erzinimo padarinys.

Apie cholecystitis iš dalies galima spręsti pagal šešėlio intensingumą, mat pūslės gleivinė nepajiegia tiek sukoncentruoti kontrastinę masę, dėl ko šešėlio intensingumas sumažėja, o svarbiausias cholecystito požymis yra tulžies pūslės nepajiegumas susitraukti. Todėl normali pūslė į Boyden'o pusryčius reaguoja teip, kad po pusės valandos ji sumažėja net perpus, tuo tarpu kai cholecystito atveju ir po pusės valandos dar nesti sumažėjusi, o esant toli nužengusiam sienelių pakitimui, gali pasilikti tokioje būtyje net iki 24 val. (Žiūr. 6-tą ir 7-tą atv.).



7 atvaizdas.
Cholecystitis.



8 atvaizdas.
Cholecystitis ir didelėje tulžies pūslėje akmens.

5. Lig. K. J., 816 nr., 27 metų amžiaus. Kelias savaites skaudą dešinę pilvo pusę. Dažnai pakyląs karštis, kelis kartus krėtęs šaltis. Buvo padaryta veninė cholecystografija (6 atv.). Pūslė padidėjusi (7 atv.) Po Boyden'o pusryčių pūslė nesusitraukia.
Rentgeno dijagnozė: Cholecystitis. Ir iš tikrųjų kliniškai pasitvirtino po kelių duodenum'o plovimų. Temperatūra nukrito ir ligonis pasijuto daug geriau.

Panašus vaizdas yra ambulatorinių atsitikimų 8 atvaizde, tik čia, be minėtų reiškinių, dar matomi konkrementai.

Pericholecystitai — pūslės suaugimai su aplinkuma — pažįstami iš kraštų nelygumo, pūslę pripildžius (žiūr. 2 ir 5 atv.). Esant kraštų suaugimams, po Boyden'o pusryčių susitraukiant, priaugę kraštai žymiai atsilieka, tada matomos vadinamos uodegėlės. Esant cirkuliariniams suaugimams, po Boyden'o pusryčių pūslė nesusitraukia, nemažėja, lieka toks pats vaizdas (žiūr. 4 atv.), operacijų patvirtinamas.

Empyema pasireiškia tulžies pūslės žymiu padidėjimu ir šešėlio intensingumo sumažėjimu.

Iš čia taisyklingai prisipildžiusi pūslė ir gerai laiku išsituštinanti ekskliuduoja tulžies takų susirgimą. Pūslei susitraukiant, nuotraukų serijose dažnai matomi d. cysticus ir d. choledochus, prisipildę kontrastinėmis masėmis.

Intraveninė cholecystographia duoda beveik visuomet teigiamus rezultatus, ir todėl, pūslei neprisipildžius, reikia manyti apie takų susirgimą, vadinasi, turime funkcinį sutrikimą arba mechaninę kliūtį.

A. Funkciškos priežastys:

1. Nenormalus tulžies tekėjimas iš kepenų į pūslę.
2. Pūslė nepajiegia rezorbuoti vandens ir sukoncentruoti kontrastinės masės.
3. Žymus kepenų parenchymos sužalojimas.
4. Ikterus gravis.
5. Cirrhosis.

B. Mechaniškos priežastys:

1. Uždarytas takas tarp kepenų ir pūslės.
2. Nebėra tulžies spindžio.

Čia neigiamoji cholecystographia mums rodo, kad turime arba vieną iš minėjųjų kliūčių arba funkcijos sutrikimą; šitai išspręsti, žinoma, turi padėti kliniški duomenys ir netiesioginiai gretimų organų požymiai.

Kai dėl mūsų medžiagos, tai mes nuo oralinės cholecystografijos, ilgai ją vartoję, atsisakėme, dabar tedarome tik venines cholecystografijas. 1934 m. buvo padaryta 18 oralinių cholecystografijų, iš kurių teigiamos buvo 8. Veninių cholecystografijų buvo padaryta 27, iš kurių 21 buvo teigiama. Keliais atsitikimais neigiamos orali nės, patikrinus veninėmis, išėjo teigiamos, todėl netenka manyti apie visų atsitikimų takų kliūtis. Todėl darome išvadą, kad oralinė cholecystografija yra ne visiškai patikima ir dėl šito vartojame veninę metodę. 1935 m. padarėme 48 venines cholecystografijas, iš kurių 43 buvo teigiamos. Neigiamųjų atsitikimų atvejais 2 ligoniams buvo kliniškai įtartos takų kliūtys; trečiam buvo ikterus intermittens, greičiausia, akmenų padaras; ketvirtam — tumor vesicae, ir penktam — priežastis neišaiškinta.

Mūsų gauti duomenys aiškiai rodo cholecystografijos vertę, kuri drauge su kliniškais duomenimis gali mums beveik visuomet išaiškinti tulžies takų, iš dalies net ir kepenų funkcijas sutrikimus.

Tuo būdu cholecystografijos išradimas ir išsivystymas yra labai svarbus faktorius painioje ir klaidingoje pilvo tuštymo dijagnostikoje.

Literatūra.

1. Prof. H. Assmann: Die klinische Röntgenodiagnostik der inneren Erkrankungen. 1934.
2. Bätzner: Zur Röntgenologischen Darstellung der Gallenblase. „Med. Klin." 1926. 1 nr.

3. Eliasz: Zur Deutung des „zarten“ Gallenblasenschattens im Cholecystogramm „Dtsch. med Wschr.“ 1933.
4. Grunenberg u Strauss: Die Cholecystographie und ihre diagnostische Bedeutung. „Fortschr. Röngenstr.“ 34.
5. Dr. Ulrich Spiller: Praktikum der Röntgendiagnostik an Magen, Duodenum und Gallenblase.
6. Die praktische Bedeutung und Bewertung der röntgenologischen Kontrastdarstellungen. „Deutsche Mediz. Wochenschrift“. 1934. 48 nr.

Autoreferat.

Es wird die Bedeutung dei Cholecystographie für die Diagnostik der Gallenwege und der Leber beschrieben. Die Cholecystographie als wichtige Hilfsmethode für die Differentialdiagnose der Bauchhöhlenerkrankungen überhaupt, wird eingehend besprochen. Die intravenöse Cholecystographie ıst zuverlässiger als anderen.

Dr. A. Matulevičius,
vaikų gydytojas.

10 metų vaiko raukšlėtasis inkstas.

1935 m. sausio m. pradžioje buvau pakviestas pas 10 metų vaiką H. J., kuris nekarščiavo, bet turėjo nepakenčiamus galvos skausmus ir retkarčiais išsivemdavo. Pacijentas prieš pat 1934 m. Kalėdas dėl šitos ligos buvo kelioms dienoms paguldytas ištirti vienoje Kauno ligoninėje, tačiau iš ligoninės išrašytas su neuropatijos ir spėjamos migrenės dijagnoze — nieko kita esą nepavykę rasti...

Anamnezė: Jau dvejus-trejus metus vaikas turįs pasikartojančius galvos skausmus, kurie atsirandą kas mėnuo arba rečiau, o pastaruoju pusmečiu — beveik kas savaitė, ir jie esą tiek smarkūs, jog ligonis dejuojąs ir rėkte rėkiąs, be to, dažniau vemiąs. Anksčiau ligonis būdavęs rodomas gydytojams; jie rasdavę mažakraujingumą ir nervingumą, skirdavę geležį ir vaistus nuo galvos skaudėjimo. Nuo vaistų galvą skaudėdavę rečiau, vaikas pasitaisydavęs, ypač vasarą, kai dar išvykdavęs vasaroti. Jisai nuolatos daug šlapinąsis ir daug geriąs, o apetitas esąs menkas, dažnokai naktį paleidžiąs lovoje. Prieš Kalėdas tiek kentėjęs, jog motina nuvedusi jį į ligoninės ambulatoriją, kur buvę patarta paguldyti vaiką ligoninėje ištirti.

Bendromis jiegomis mudu su motina prisiminėva, kad, būdamas 5 metų, jos sūnelis mano buvo gydomas nuo pūslės ir inkstų piltuvų įdegimo (pyelocystitis): pradžioje truputį karščiavęs, dažnai ir skausmingai šlapindavęsis, po vaistų greitai pagerėjęs, bet ir po mėnesio buvau radęs šlapimuose daug leukocytų. Prisiminiau, kad dar po poros mėnesių, motinai atnešus vaiko šlapimus, vėl buvau radęs apsčiai leukocytų; tačiau vaiko savijauta buvusi gera, ir motina daugiau tuo nesirūpinusi.

Iš apkrečiamų ligų vaikas sirgęs kokliušu ir tymais; skarlatina nesirgęs.

Status praesens: Berniukas suliesėjęs, anėmiškas, atrodo lyg kankinys, nors nuotaika nebloga. Mažas abiejų akių exophtalmus Širdies tonai labai stiprus, antrasis aortos tonas smarkiai akcentuotas, ribos N — hypertrophia cordis. Pulsas įtemptas, rytmingas, 90 per minutę, kraujospūdis 160 mm. Hg! Plaučiai, abdomen be pakitimų. Nervų systema: kelio refl. + +, dermografizmas +, facialis +; opistotonus'o, Kernig'o, Babinski'o ir Romberg'o nėra.

Šlapimų tyrimas sausio mėn. 11 d.: lyg. sv. 1.015, baltymų 3,3‰, reakc. rūgšti; nuosėdos: 4—6 leukoc. reg. plotmėje, vietomis krūvelės iš 10—12 leuk., hyalininių cilinderių 40—50 visame preparate, vaškinių — 0—1 preparate, erytrocytų — po vieną.

Wassermann'o reakcija neigiama. Azoto likučių: 38,9 mgr. 100-e kb. cm.

Akies dugnas (dr. Goldengeimas): „Abiejų akių dugne aplink papilla n. optici rasta daug smulkių hėmoragijų, venos kiek platesnės ir vingiuotos, ties papilla ir aplinkui daug baltų dėmių retinoje, o deš. akyje tarp macula lutea ir papilla matyti balta žvaigždė. Išvada: Neuroretinitis nephritica oculi utriusque".

Dijagnozė: Reikšmingi šlapimų analyzės duomens — albumen, cilinderiai, nedidelis lyg. svoris, bet ypatingai didelis kraujoslėgis (10 metų vaiko norm. slėg. — 95—100 mm. Hg) su širdies hypertrofija, toliau galvos skausmai su vėmimu — visa tatai rodyte rodė chronišką inkstų ligą su nepakankama inkstų funkcija ir chroniška urėmija, kitaip tariant, konstatavau labai retą vaikų amžiuje raukšlėtajį inkstą arba nefrosklerozę.

Ligos eiga: I.14 d. šlapimuose 7,1‰ balt., dideli galvos skausmai.

I.15 ir 16 d. Skausmai kiek sumažėjo, o šlap. balt. krito iki 1,5—1‰.

I.19 d. Šlap. baltymų vėl pakilo iki 4,5‰, atgijo skausmai, prasidėjo gausus vėmimas.

I.20 d. Vėlai vakare teko malšinti skausmai morfinu (antineuralgica ir antidolorosa per os negelbėjo, teippat neveikė luminalis ir net pantoponas po oda), bet ir morfinas maža tepadėjo.

I.21 ir 22 d. Skausmams beveik nesumažėjus, o slėgimui pakilus iki 210 mm. Hg, šlapimų baltymų pašoko iki 8,0 ir 9,0‰. Atsirado sklerozinių kraujo ekstravazatų, akių strabismus ir dyplopia. Nutariau nuleisti kraujo.

I 22 d. Atlikta chirurgiškoji venesekcija (dr. Zacharinas) ir nuleista 200 kb. cm. kraujo. Tuojau po to kraujoslėgis krito iki 130, kitą dieną jau buvo 150, o trečią dieną vėl 200 mm. Hg. Subjektingai po venesekcijos gautasis 2 paroms palengvėjimas toliau bematant dingo ir skausmai vėl ėmė didėti. Įdomu, kad galvos skausmus pakeisdavo atkaklūs pilvo skausmai ir atvirkščiai (plexus solaris erzinimas toksinais); abi skausmų rūšys pakaitomis trukdavo po keletą valandų.

I.27 d. Skausmai pasiekė kulminacinį tašką; šį kartą morfinas po oda ničnieko negelbėjo, kankinys-ligonis kiek nurimo įleidus į sėdim. raumenis 20 kb. cm. sol. magnes. sulfur. 25% ir 5 kb. cm. calc. Sandoz (kad nuo magn. sulf. nebūtų šoko).

I.28 d. Skausmai ir vėmimai intensingi; šl. balt. kyla — jau 10‰.

I.30 d. Šlap. balt. — 12‰, kraujoslėg. 250 mm. Hg!

I.31 d Šlap. balt. — 18‰, kraujoslėg. 255 mm. Hg!

II.1 d. Kr. slėg. staiga krito iki 210 mm. Hg, šlap. baltymas net iki 0,7‰.

II.2—5 d. Slėgimas tas pat — 210, o baltymas pamažu kyla.

II.6 d. Baltymo 1,7‰, slėgimas idem. Skausmai nors nepalyginti mažesni, tačiau vis kartojasi su remisijomis po pora valandų. Ligonis nuo pat kuracijos pradžios maitinamas tik vegetariškai, be pieno ir kiaušinių, o riebalų gauna sviesto pavidalu, be to, į vidų gauna „renotrat" tabl. ir beveik kasdien calc. Sand. — magn. sulf. injekcijas, nuo kurių kaikur atsirasdavo kraujo sugiliacijų audiniuose (slėgimas!).

II.12 d. Baltymo 1,8; slėgimas 210. Galėtų atrodyti, kad šioks toks pagerėjimas liko lyg ir pastovus... Deja!

II.14 d. Staigus pablogėjimas: atsirado melaena — kruvinas mėšlas su gausiu ir slopinančiu viduriavimu; ligonis labai nusilpęs, skausmai atima paskutines jo jiegas. Vakare randu ligonį labai nusilpusį, su tachycardia, kritusiu iki 180 mm. Hg. slėgimu, apatišką, su staigaus kraujo netekimo padariniais. Numatydamas besiartinančią katastrofą ir išnaudodamas ligonio abejingumą skausmui, tarp stimuliuojamųjų injekcijų vienu venos dūriu

paimu kraujo tyrimui: tos dienos kraujas rodo 56 mgr. u r e a e 100-te kb. cm. kraujo.

II.15 d. Gyvendamas paskutines valandas mažas kankinys nakčia iš 14 į 15 d. vasario mėn. mirė, atsiradus profuziškam kruvinam viduriavimui, kurio metu kraujoslėgis krito iki 100 mm. Hg.

Dabar leidžiu sau padaryti keletų pastabų dėl šito įdomaus atsitikimo.

Niekas negInčys, kad raukšlėtasis inkstas vaikų amžiuje retas dalykas. Man jisai teko stebėti pirmą kartą per 10 metų mano grynai pedijatriškos praktikos. Kiti kolegos — vaikų gydytojai negalėjo panašaus atsitikimo nurodyti. Gydytojai juk žino, kad vaikų inkstų ligos visuomet turi gerybinį pobūdį ir ūminės inkstų ligos virtimas chroniška yra didelė retenybė vaikų amžiuje; net vadinamasai H e u b n e r'io paedonephritis yra lengva, pusiau chroniška inkstų ligos forma, turinti beveik visuomet gerą prognozę. Blogiausią chron. inkstų įdegimo išeitį — inksto susiraukšlėjimą — žinomi vaikų ligų vadovėliai mini tik kaip išimtį; tokios nuomonės yra F e e r, R i e t s c h e l, L u s t, B i r k, D e g k w i t z ir todėl jie šitą ligą vos sumini, užleisdami jos traktavimą suaugusiųjų medicinai. Perijodiškoje pedijatr. literatūroje, bent man prieinamoje, teippat ne ką šituo klausymu rasi. Labai nudžiugau radęs kiek medžiagos „Kinderaerztliche Praxis“ 1932 m. 10 nr. 460—462 p. Čia priv.-doc dr. K n a u e r (Breslau) savo referate „Fortschritte in d. Diagnose u. Therapie d. Nierenkrankheiten im Kindesalter“ patiekia kaiką įdomesnio. Pasirodo, kad tulas M i t c h e l l surinko jau 200 vaikų nefrosklerozės atsitikimų.

Daugeliui šitų ligonių konstatuota šeiminė ligai dispozicija (paveldėjimas), todėl M i t c h e l l mano, kad liga prasidedanti kūdikystėje arba dar negimus. Tik symptomai esą pradžioje tiek nežymūs, jog klinikinių reiškinių neduodą. Vėliau, vaikui augant, inkstai vis labiau apkraunami darbu, be to, prisidedą visokie vidiniai ir išoriniai pakenkimai, ir inkstai imą netesėti. Nėsą kalti nei lues, nei podagra, nei alkoholis, švinas arba kiti nuodai bei toksinai. Pasak M i t c h e l l'io, ne vien nuo skarlatinos arba kurios-nors streptokokinės infekcijos liga pablogėjanti, bet tatai esą pastebima ypačiai po tymų. Liga paprastai išeinanti aikštėn mokyklinio amžiaus pradžioje. Dažnai nukenčią ligonių ūgis ir dvasinė raida. Polyurija ir polydipsija esą ankstyvūs symptomai, o smegeniniai reiškiniai (galvos skausmas, vėmimas) prisidedą jau vėliau. Beveik niekuomet nestingą padidėjusio kraujoslėgio ir pakitėjimų akies dugne. Dažnokai randamos mažos ėdemos. Dar vėliau prasidedanti urėmija. Ligonių šlapimai turį mažą lyg. svorį, vidutiniškai baltymo, randama erytrocytų, leukocytų ir cilinderių.

Prognozė esanti labai rimta. Nėsą reikalo šitokiems ligoniams skirti ilgam inkstų dijeta: pakanką pilnavertės, tik palyginti neapkraunančios šlakais dijetos. Kaikurie autoriai įspėją n e t r a k t u o t i l e n g v a p ė d i š k a i k i e k v i e n o s v a i k o a l b u-

minurijos, nes iš jos kartais galinti išsirūtuliuoti nephrosklerosis.

Kai dėl mano aprašomojojo atsitikimo, tai turėta kaikurių ypatumų, k. a.:

1. Išsirūtuliavo nefrosklerozė, matyti, iš pyelonefrito, kai pyelocystitis ilgainiui perėjo į inkstų parenchymą; kad tokių perėjimų esama, nestinga nurodymų ir vadovėliuose.

2. Man teko stebėti jau paskutinis ilgos ligos aktas — urėmija, kurioje dominavo aršūs galvos ir pilvo skausmai, vėmimas (intoksikacija), nors azoto likučių buvo tik 38,9 mgr. (norma — 25—35 mgr.) ir šlapalų prieš exitus 56 mgr. (norma 30 mgr.); tiesa, tiriant kraujo azotą l.14 d šlapimuose buvo daug baltymų (7,1%), ir galimas daiktas, kad tuo metu azoto likučių kraujuje buvo sumažėję.

3. Nepaprastai įdomu, kad galvos ir pilvo skausmų intensingumas buvo aiškiai susijęs su šlapimų baltymų kiekiu: kai tik šlapimai išvesdavo po eilės dienų didžiulius baltymų kiekius, skausmai palengvėdavo; skausmų palengvėjimas būdavo pastebimas prieš pat baltymo sumažėjimą ir būdavo tiek pat staigus, kaip baltymo kritimas; matyti, toksinai išeidavo kartu su baltymu.

4. Mano atveju ligos paveldėjimo susekti nepavyko: nei tėvų, nei artimų giminių tarpe inkstų ligonių nebuvę.

Tektų pridurti, kad nefrosklerozės symptomų galėtų duoti ir kita reta inkstų liga, būtent, cystis renis. Gailiuosi, kad sunki ligonio būklė neleido atlikti rentgeno-urologiškų tyrimų, kurie gal papildytų dijagnostiką. Dar svarbesnė būtų buvusi lavono obdukcija, tačiau jai tėvai pasipriešino. Tačiau cystis renis, prigimtoji anomalija, turi geresnę prognozę, nes didžioji dauguma iki šiol stebėtų atsitikimų liečia asmenis, išgyvenusius 40—50 metų amžiaus, tuo tarpu tikro raukšlėtojo vaikų inksto prognozė yra palyginti blogesnė; tad apie cystis renis šituo atveju kalbėti netektų.

Baigdamas turiu pastebeti, kad nors ir labai teisingas pedijatrų posakis, — „Gydydamas vaiką pamiršk suaugusį" —, tačiau ir tasai aforizmas nebe išimčių: kartais suaugę serga vaikų ligomis, o vaikai ne tik suaugusių, bet ir senatvės ligomis (carcinoma recti, nephrosklerosis, arthritis coxae juvenilis vietoje malum coxae senile ir t. t.).

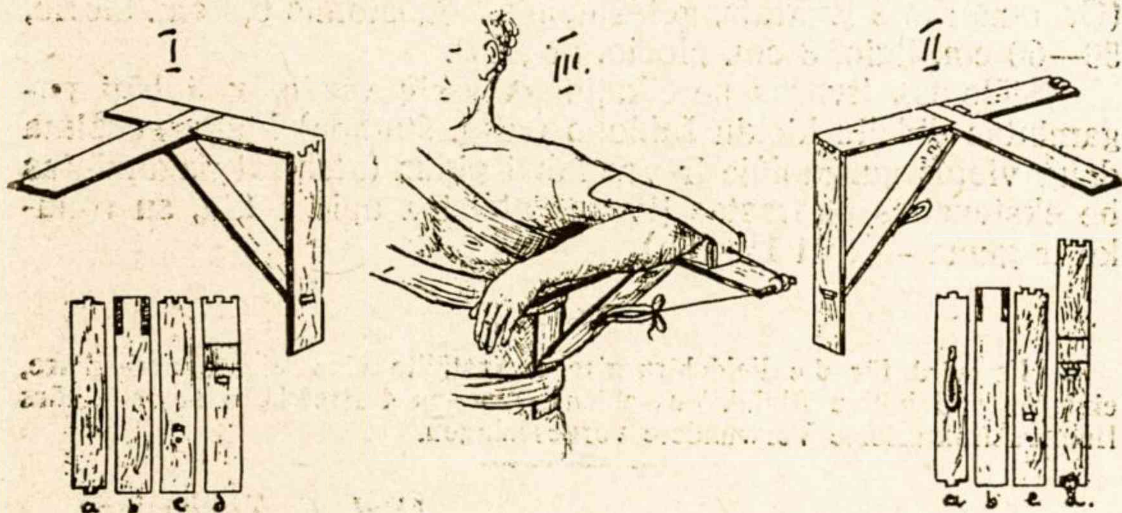
Zusammenfassung.

Verfasser beschreibt einen seltenen Fall von Schrumpfniere bei einem 10-jährigen Knaben. Der Blutdruck stieg bis 255 mm Hg, Urineiweiss zeigte grosse Schwankungen vom 0,7‰ bis 18‰, ausserdem waren mässige Erythrozyten, Leukozyten u. Zylinder vorhanden. Der junge Kranke quählte sich dauernd mit heftigen Kopf u. Bauchschmerzen u. lästigem Brechen, als Zeichen von Uraemie, u. endlich starb er direkt nach profusen wiederholten Darmblutungen. Kurz v. d. Tode stürzte der Blutdruck bis auf 100 mm Hg. Die Blutuntersuchung zeigte 39 mgr. Reststickstoff u. vor dem Tode 56 mgr. Harnstoff im 100 ccm Blutserums.

Gyd. B. Zacharinas
(Kaunas).

Paprastas, pigus, medinis abdukcinis įtvaras lūžusiam žastkauliui karo lauko įstaigose.

Toje divizijos chirurginėje įstaigoje, kur dėl kautynių sąlygų galima bus tinkamai sutvarkyti transportui sužeistasis su žastkaulio lūžimu, vadinasi, dažniausiai divizijos tvarstomojoje kuopoje, tenka pavartoti abdukcinis įtvaras*) bei aparatas. Neišardomieji, komplikuoti, brangūs aparatai tam tikslui netinka; todėl K. S. D. K. įtvarų dirbtuvėlėje pavyko pagaminti visai paprastas abdukcinis įtvaras, kuris susideda iš keturių lentelių 40 cm. ilgio ir 6,5 cm. pločio. Vietoje, kur krūtinės lentelė susijungia su žasto lentele, jų atitinkami galai išpjaunami tuo



1 atvaizdas. *2* atvaizdas. *3* atvaizdas.
Mano abdukcinis įtvaras lūžusiam žastkauliui įtverti.

būdu, kad be jokių instrumentų galima būtų lenteles sujungti (žiūr. I c ir d atv.). Kad abi lentelės stovėtų tiesiu kampu, arčiau distalinių tų lentelių galų yra išpjautos kiaurai 2 cm. keturkampės skylutės, į kurias įstatoma trečioji lentelė, turinti tam tikrus keturkampėms skylutėms tinkamas atžalas (žiūr. Ia atv.). Dilbiui atsiremti tarnauja ketvirtoji lentelė (žiūr. I b atv.), kurios vienas (proksimalinis) galas nupjautas tuo būdu, kad jis lengva būtų įstatyti į tam tikrą antrosios lentelės išpjovimą,

*) Nuo to momento, kai mes pasauliniame kare pradėjome vartoti abdukcinius įtvarus („aeroplanus", kaip kad juos vadindavo rusų kareiviai), mes palengvinome tuo būdu transporto klausymą: išvaduoti nuo skausmų geros fiksacijos (su ekstenzija prireikus) pagelba mūsų sužeistieji su žastkaulių lūžimais galėjo vykti į užnugarį daugiausia sėdėdami. Tuo būdu buvo žymiai sumažintas gulinčių sužeistųjų skaičius tarp karių su žastkaulio šautiniais lūžimais.

esantį maždaug 20—25 cm. nuo žasto - krūtinės įtvaro kampo. Toji lentelė yra perstatoma, kad įtvaras tiktų tiek dešiniajai, tiek kairiajai rankai.

Šitas įtvaras tinka tais atsitikimais, kai žastkaulio lūžimo typas nereikalingas ekstenzijos, o tik abdukcijos ir fiksacijos.

Kitu atveju žastui skirta lentelė imama kiek ilgesnė, būtent, 50—55 cm. ilgio; jos proksimaliniame gale įtaisyta špuliukė (žiūr. II d atv.), o trečioje lentelėje pritaisyta guminė kilpa ekstenzijai (žiūr. II a atv.).

3 atvaizdas parodo įtvarą in situ (žiūr. III atv.).

Prie krūtinės ląstos įtvaras gali būti pritvirtintas arba drobiniu vyturu, arba trijų platesnių diržų pagelba, kurių du eina per krūtinę aplink, trečias eina nuo pirmosios lentelės viršutinio galo per sveikąjį antpetį, arba bet - kuriuo kitu būdu (Crammer'io 2 įtvarais, geležinėmis 2 juostomis 0,5 cm. storio, 50—60 cm. ilgio, 3 cm. pločio, ar pan).

Siūlomas įtvaras nereikalingas jokių vynių, gali būti pagamintas dideliu kiekiu šablono (resp. štampo) būdu, neužima daug vietos gurguolėje ir yra labai pigus (atskirai pagamintas be ekstenzijos paprastas įtvaras atsieina apie 1 litą, su roliuku ir guma — arti 1½ lito).

Autoreferat.

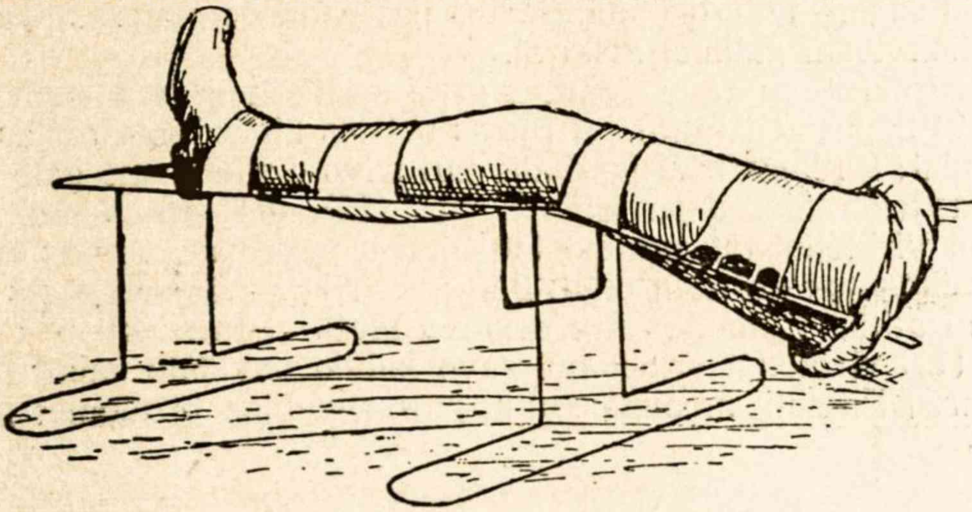
Es wird für die Feldchirurgische Anstäl1te eine leichte zerlegbare, einfache und billige Abduktionsschiene, die aus 4 Bretchens besteht, fürs Humerusfrakturierte Verwundete vorgeschlagen.

Gyd. B. Zacharinas
(Kaunas).

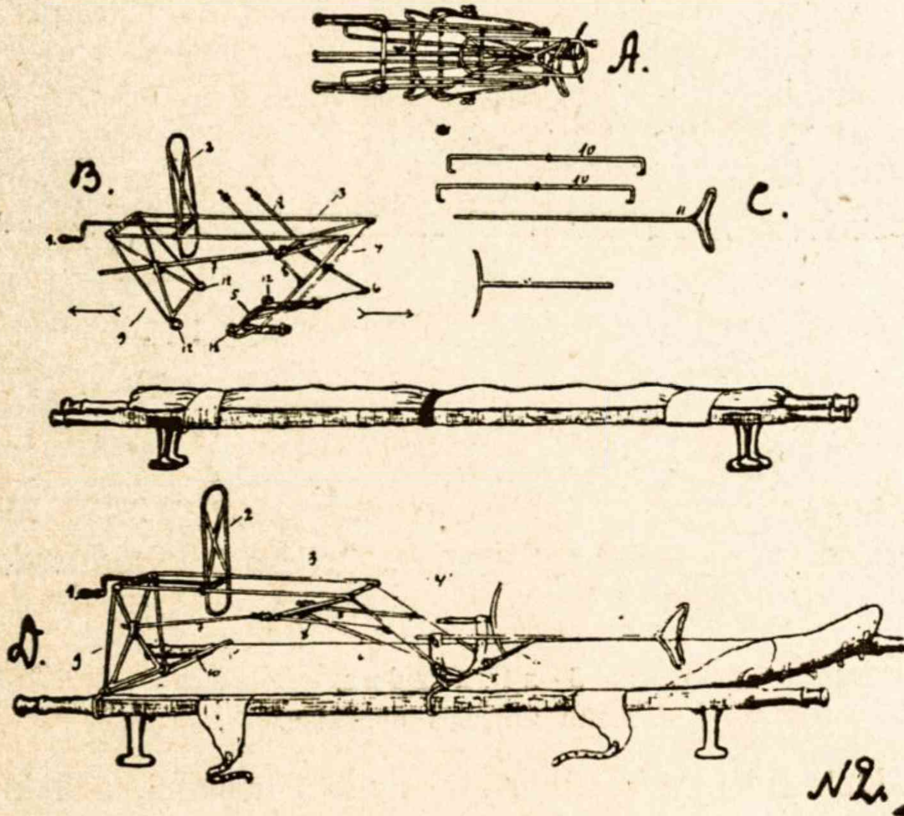
Prie štandartinių neštuvų pritvirtinamieji mano sudedamieji ekstenziniai aparatai, skirti sužeistiesiems su šlaunikaulių lūžimais transportuoti.

Dar iš paskutinio pasaulinio karo mums yra žinomi įtvarai bei aparatai (W e g n e r, L a n g e, R o m m e l), su kuriais galima transportuoti sužeistieji su šlaunikaulio lūžimu pusiau sulenktoje kelio ir klubo sąnarių padėtyje, vadin. fyziologinėje Zuppinger'io padėtyje. Ypač tai yra svarbu, esant lūžimui apatiniame trečdalyje, kur distalinis lūžimo fragmentas turi palinkimą dislokuotis į užpakalį, spausti indus bei nervą ir kliudyti kraujo apytakai. Tas faktas pareina nuo gastroknemijų galvučių ir tų raumenų, kurie yra prisikabinę prie epicondilus lateralis femoris, būtent, nuo m. plantaris ir popliteus. Po kelių valandų transporto ištiestos galūnės padėtyje visiškai gali išsirūtuliuoti apatinės galūnės gangrena.

Dėl to visiškai suprantamas atskirų autorių noras surasti tinkamą įtvarą bei aparatą sužeistiesiems pusiau sulenktoje apatinės galūnės padėtyje transportuoti.



1 atvaizdas.
Kazakovo-Naftoljevo aparatas.

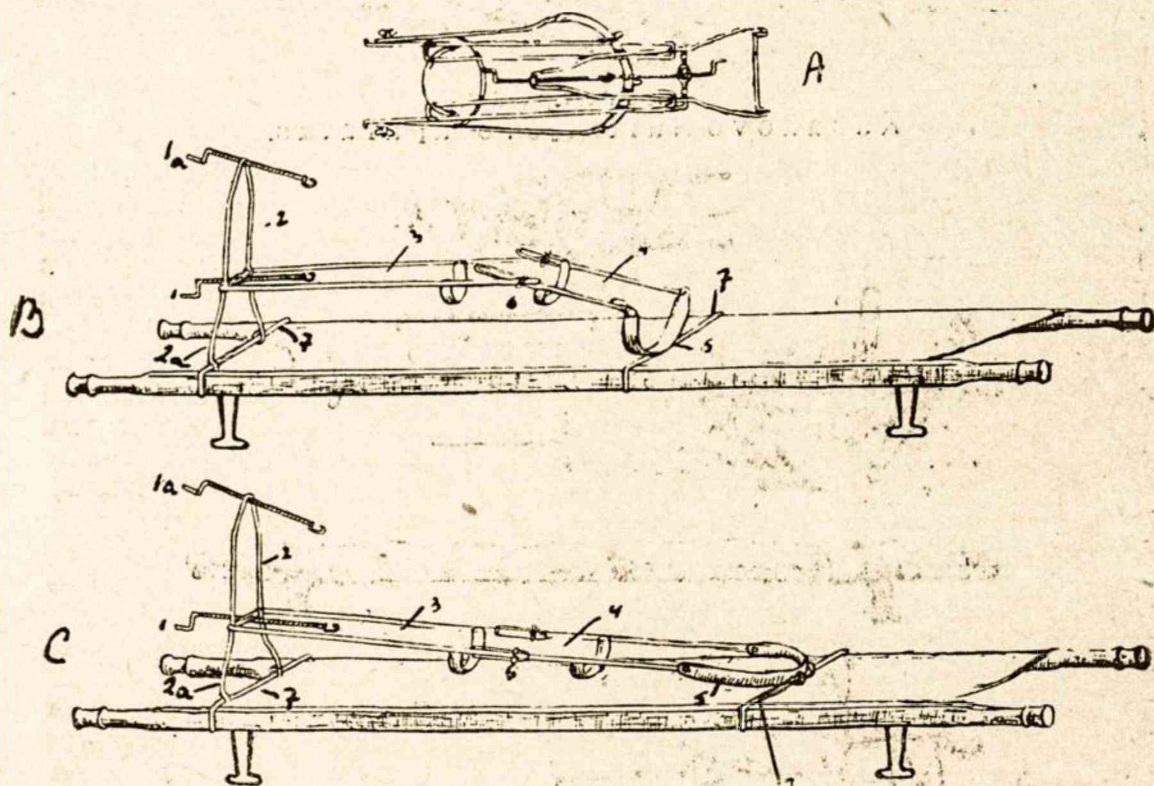


2 atvaizdas.
Mano pirmasis aparatas.

Mano abiejų aparatų konstrukcija buvo sugalvota sąsyjyje su Kazakov'o ir Naftoljev'o pasiūlyta Tomas'o įtvaro modifikacija (žiūr. I atv.). Tačiau šitų autorių įtvaras atrodo man lauko sąlygomis daug vietos užimąs, pastatytas ant neštuvų nestabilus ir neleidžiąs pritaikyti pakankamos ekstenzijos.

Mano sudedamieji ekstenziniai aparatai užima nedaug vietos gurguolėje ir galima jie pritvirtinti prie kiekvienų štandartinių neštuvų. Jie tinka dešiniajai ir kairiajai galūnėms; esant abiejų šlaunikaulių lūžimui, galima pavartoti du panašūs aparatai kiekvienai galūnei atskirai.

Pirmasis aparatas (žiūr. 2 atv.) susideda iš trijų rėmų (3, 4 ir 9) ir pusžiedžio (5). 3 rėmas skirtas blauzdai, 4 rėmas — šlauniai; 9 rėmas ir 5 pusžiedis turi savo distaliniame gale neuždarytos raidės *o* pavidalo kilpas, (12), per kurias pratraukiami virbteliai (štangutės) (10), kurių pagelba aparatas tvirtai laikosi ant neštuvų (žiūr. 2 atv. C ir D). Virbtelių ilgis visiškai atitinka štandartinių neštuvų plotį. Pratraukti per kilpas (12) virbteliai pridedami savo kablio pavidalo galais prie neštuvų išilginių medinių rastų, juos apkabina ir tuomet pra-



3 atvaizdas.
Mano antrasis aparatas.

džioje kiek sulenkti neštuvų skersiniai ištiesiami, audeklas ar brezentas išsitempia, ir pritvirtintas aparatas gali būti panaudotas. Jo stabiliškumui padeda šarniro pagelba sulenkiami virbai (6 ir 7). Kampas, kuriuo pastatyta blauzda ir šlaunis, reguliuojamas virbais (8), kurių proksimaliniai galai prijungti šarnirais prie šlauniai skirto rėmo, o distaliniai, praėję per įmovėles (muftas), baigiasi sraigtais, kurių pasukimai keičia (didina ar mažina) galūnės sulenkimo kampą kelio ir klubo sąnariuose.

Aparatas leidžia kartu taikyti šlaunies ir blauzdos ekstenziją. Tam tikslui vartojama minkšta, gerai pamušta su nuo jos šonų einančiais ilgais galais (diržais) manžetė — kilpa, kuri apima šlaunį apačioje augščiau kelio sąnario*), antra gi manžetė, uždėta aplink apat. blauzdos galą augščiau pėdos, leidžia pritvirtinti padą prie rėmelio (2), prie kurio viršutinio galo pririšami nuo šlaunies manžetės einą ilgi galai. Rankenos (I) pasukimai reguliuoja pačią ekstenziją, kuri dėl stipraus sraigto gali būti privesta iki maksimumo. Tas sraigto prietaisas, be to, užtikrina ir visiškai gerą fiksaciją.

Kontrekstenzijai tarnauja ramsčio pavidalo du virbai (II), kurių vienas trumpesnis, skirtas kirkšniai, o antras ilgesnis — pažasčiai. Jie eina (D II) pro įmovėlės pusžiedžio (5) viršutinį galą ir gali būti reguliuojami sąsyjyje su sužeistojo ūgiu.

Mano antrasis aparatas, skirtas tam pačiam tikslui, yra kiek paprastesnės konstrukcijos, sveria 4,75**) kilogramus, gali būti taikomas didesniam bei mažesniam sužeistojo ūgiui (žiūr. 3 atv., sraigtas 6), leidžia keisti sulenktos per kelio ir klubo sąnarius galūnės kampą, su sraigtu ištiestas ir sutrumpintas tinka ligoniams su blauzdikaulių lūžimais transportuoti.

Ir šitas aparatas leidžia taikyti sužeistajam dvigubą ekstenziją, atskirai šlauniai ir blauzdai, o tas dalykas yra ypatingai svarbus, nes tuo būdu pasiekiamas atskirų galūnės dalių ekstenzijos atitinkamas dozavimas (šlauniai didesnė, blauzdai mažesnė ekstenzija).

Šiaip pritvirtinimas prie štandartinių neštuvų daromas tuo pačiu principu (virbteliai (7), kurie pratraukiami pro rėmelio 2a gale kilpas); aparatas tinka dešiniajai bei kairiajai galūnei; esant abiejų šlaunikaulių lūžimui, galima prie tų virbtelių (7) pritaisyti antras tokis pats aparatas. Kontrekstenzija taikoma šitame aparate kiek kitaip: čia aš nevartoju ramsčiukų kaip kad pirmame aparate (žiūr. I, II atv.); čia pusžiedis (5) padarytas teip, kaip kad Tomas'o ar Lardennois įtvare. Jis apima galūnės pamatą, eina nuo kirkšnies per užpakalį, per tuber ir baigiasi kiek žemiau spina ilei ant. sup. Minkštas diržas su geru pamušalu sujungia iš pryšakio abudu pusžiedžio galus ir tuo būdu fiksuoja galūnės pamatą.

---

*) Jei kautynių aplinkybės leidžia ir jei tvarstomojoje kuopoje galūnė gali būti tinkamai aprūpinta ir paruošta evakuacijai, galima vietoje minkštos manžetės pavartoti vielos ekstenzija su tam tikru Kirschner'io, Borchardt'o, Beck'o, Boehler'io ar kitų autorių „Spanbügel'iu".

Minkšta manžetė iš odos, flanelės ar drobės, jei negalima pavartoti vielos ekstenzijai, turi būti tikrai minkšta. Ji neturi spausti indų ir tuo būdu kliudyti kraujo apytakai, ji neturi traumuoti ir girnelės bei epikondilių odos. Tos sąlygos būtinos, net jei manžetės (resp. kilpos) uždedamos virš bato bei drabužių.

**) Pirmasis aparatas sveria 6,5 kilogramus.

Manau, kad tas aparatas gali būti pavartotas kaip kad paprastas Tomas'o įtvaras pulko ešelone, pritaikytas virš batų bei drabužių ir pavartojus ekstenzijai paprastas minkštos medžiagos kilpas.

Autoreferat.

Es werden zwei Extensionsapparate die für jede standartmässige Trage gleignet sind, um Verwundete mit Oberschenkelfrakturen zu transportinren. Die Apparate eignen sich für beide Oberschenkel, sind zusammenklappbar, portativ, leicht und billig.

Die Extremität wird in physiologisch. Sinn mit ausgiebiger Extension hingestellt.

Dr. E. Mikševičienė.

Keletas pastabų apie vaikų tuberkuliozę iš tobulinamųjų kursų Paryžiuje*).

Šiais metais rugsėjo mėnesį nuo 12 ligi 28 dienos Paryžiuje prof. Armand Delille vaikų ligoninės skyriuje buvo suruošti tobulinamieji kursai apie vaikų plaučių tuberkuliozę. Tuose kursuose lektoriais buvo prof. Armand Delille ir jo vyresnysis asistentas dr. Lestocquoy. Į minėtus kursus lankytojų buvo suvažiavę iš įvairių pasaulio kraštų, kaip antai: iš Indokinijos, Haïti, Graikijos, Turkijos, Portugalijos, Argentinos, Lenkijos, Belgijos, Rumunijos ir kitų kraštų. Į tuos kursus ir aš buvau nuvažiavusi. Turiu pasakyti, kad tokie kursai tenai organizuojami kasmet per vasaros atostogas. Todėl tie kursai ir vadinami „cours de vacances". Per tą laiką vaikų klinikoje prof. Nobecourt skyriuje vyresnysis asistentas dr. Chathala kiekvieną dieną nuo 9½ ligi 11½ valandos viešai demonstruodavo ligonius ir moksliškai aiškindavo įdomesnius atsitikimus.

Programą sudarė klausymai apie symptomatologiją, dijagnostiką, tuberkuliozės gydymą, vaikų apsaugą nuo tuberkuliozės, profylaktiką (Calmette'o vakcinaciją), liaudies mokyklų ir prevantorium'ų lankymas.

Vaikų ligoninėje, prof. Armand Delille skyriaus palatose, kurios vadinamos prof. prof. Gilette'o ir Damaschin'o vardais, kiekvieną rytą apie 10 valandą prasidėdavo ligonių vizitacija. Per vizitaciją profesorius aiškindavo susirgimus, pasinaudodamas laboratoriniais ir rentgenograminiais duomenimis. Tenai per visą ligonių gydymo laiką daromi dažni rentgenologiški tyrimai ir daugeliu rentgenograminių nuotraukų stebima ligos eiga. Rentgenograminės nuotraukos daromos trijose ligonio pozicijose — en face, profil ir įstrižai. Toliau, nuo 11 valandos, prasidėdavo paskaitos, per kurias būdavo demonstruojami patologo - anatomiški preparatai, konservuoti želatinoje. Šito konservavimo klausymu gavau smulkesnių receptų iš „Monde Medical" įstaigos. Tai labai didelė įstaiga; ji turi didelį knygyną ir laboratoriją, kurioje gaminami patentuoti preparatai. Iš tos įstaigos gali kiekvienas gydytojas nemokamai gauti atsakymą į kiekvieną klausymą. Ir užsienių gydytojai teippat gali gauti atsakymų, net ir raštu, į kiekvieną klausymą.

Pirmiausia norėčiau papasakoti apie dijagnostiką, kaip ji tenai nustatoma sergantiems vaikams. Esu pastebėjusi, kad tenai daroma alt-tuberkulinu Pirquet'o reakcija, kuri daroma ant brachium dorsale, įdrėskiant 2—3

---

*) Pranešimas, skaitytas L. pedijatrų sekcijoje 1935 m. lapkričio m. 15 d. V. D. Univ-to Vaikų klinikoje.

mm. išilgai viršutinio odos sluogsnio dviejose vietose; Mantoux reakcija daroma praskiestu tuberkulinu (1:1000) intrakutaniškai į antibrachium volare. Tuomet ligonis ištiriamas rentgeno spinduliais ir daromi skrandžio sunkos tyrimai.

Skrandžio sunka gaunama zondu, pro kurį pirmiausia į tą skrandį įleidžiama pašarminto NaOH vandens ne mažiau kaip 200 gramų. Tuojau išpompuotas iš skrandžio skystimas supilamas į stiklinį bokalą, ir duodama jam per 24 valandas nusistovėti. Per tą laiką bokale pasidaro nuosėdų. Vanduo be nuosėdų pašalinamas, o nuosėdos centrifuguojamos 5 minutes. Vėliau iš centrifuguotų liekanų daromas tepinėlis, kuris išdžiovinamas ir paskui Ziehl'io būdu dažomas. Jei mikroskopiškai nerandama „B. K.", tai tuomet ieškoma dar kitu būdu, kuris tenai vadinamas „homogenesation". Pastarasis tyrimo būdas daromas šiteip: į pasilikusį centrifugatą pripilama 2—3 kartus daugiau 4% sol. natr. bicarbonici ir keletą lašų sol. calc. hypochlorosi. (Rp.: Natr. bicarb. 200,0; Calcii hypochlor. 90° 100,0; Aquae destillatae 4500,0). Tas viskas statoma į 37°C šilimos termostatą vienai valandai laiko. Vėliau tat centrifuguojama, ir iš gautų liekanų daromas preparatas, kuris teipat nudažomas Ziehl'io būdu. Jei ir po to nerandama mikroskopiškai ieškomų „B. K.", tai panaudojamas dar kitas prof. Armand Delille būdas.

Prof. Armand Delille tyrimo būdas yra šis:

Į centrifugato liekanas įpilama sol. ac. sulfurici 10% dvigubai daugiau, ir paliekama stovėti 15 ar 20 minučių. Vėliau tat 10 minučių centrifuguojama. Po to skystimas išpilamas, o centrifugatas gerai išplaunamas fyziologiniu tirpiniu. Tas skiedinys vėl 5 minutes centrifuguojamas. Po to vėl pašalinama nereikalinga dalis, o centrifugato liekanos iš naujo išplaunamos fyziologiniu tirpiniu, vėliau dar centrifuguojamos ir pagaliau daromas preparatas, kuris teippat Ziehl'io būdu dažomas. Jei vėl nerandama „B. K.", tai daromas įšvirkštimas jūrų kiaulytei. Jeigu ir tuo atveju nerandama „B. K.", tai apibarstoma sedimentais bandomoji Löwenstein'o medžiaga. Sakoma, kad šitas tyrimo būdas užtikrina 100% pasisekimą. Löwenstein'o medžiaga apsėjama ir eksudatu.

Be to, kaip jau esu minėjusi, dijagnozei nustatyti plačiai naudojamas rentgenas. Tenai rengenogramos dažniausiai daromos ne popieryje, bet filmose. Kad rengenograminės nuotraukos būtų aiškesnės, fotografuojama stipriu generatoriumi. Fotografuojama labai trumpai — nuo $^3/_{100}$ iki $^5/_{100}$ sekundės, o ligonis laikomas vertikalinėje padėtyje ir apie du metrus atstumo nuo klišės. Tokiomis sąlygomis fotografijos nuotrauka išeina daug aiškesnė, nes plaučių stambiųjų kraujagyslių susitraukimas ir judėjimas per tokį trumpą fotografavimo laiką negali ryškiai pasireikšti.

Dabar dar norėčiau pasakyti apie tuberkuliozės antkrytį. 1934 m. profesoriai Armand Delille ir Gavois rašė apie vaikų susilpnėjusią milijarinę tuberkuliozę — tbc. antkryčio filtrinę formą, kuri rasta karvės kraujuje. Toji tuberkuliozės forma, įšvirkšta jūrų kiaulytei, duoda specijalią reakciją liaukose, kur galima rasti bacilų, atsparių rūgštims. Minėtieji bacilai nenumarina ligonio ir net nesukelia vietinio kazeozinio proceso. 1931 m. gyd. Petrov atrado tbc. formą, kuri gali būti padalyta į dvi varijacijas. Pirmoji varijacija pagal Löwenstein'o tyrimo metodę, duodanti raudonas kolonijas. Šitoji varijacija vadinama „R" (rough); ji yra atspari net stipriai rūgščiai. Antroji varijacija vadinama „S" (smooth); jos kolonija yra tiršta, minkšta. Šitie bacilai pasižymi mažesniu atsparumu, yra visai silpni. Histologiški milijarinės tuberkuliozės pjūviai, kurių neveikia specijalus dažymas, parodo, kad tai yra varijacijos „B. S." (smooth) bacilai.

Reikia pažymėti, kad antroji susirgimo tuberkulioze stadija — bacilėmija pareina nuo infekcijos intensyvumo, o antra vertus, nuo ligonio atsparumo, ir gali pasireikšti: 1) bendru susirgimu su meningitu, 2) „typhobacilose" ir „granulies froidies", 3) pleuritu, peritonitu, sąnarių ir stuburkau-

lių susirgimu. Autoriai aiškina, kad vietinė tuberkuliozė esanti bendros uždaros tuberkuliozės pasireiškimas.

Anksčiau buvo manoma, kad susirgimai milijarine tuberkulioze visuomet pasibaigdavo mirtimi. Tuo klausymu profesoriai Saye ir Burnand savo stebėjimais atkreipė dėmesį į tai, kad pasitaiko tokių susirgimų, kuriuos rentgenologinės nuotraukos atvaizduoja kaip milijarinę tuberkuliozę, bet tie susirgimai pasireiškia be temperatūros ir nepasibaigia mirtimi. Tokia tuberkuliozės forma susirgimai vadinami šaltąja tuberkulioze — „granulies froides". Apie tokių susirgimų atsitikimus minėjo prof. Rist, Roland, Jacob ir kiti gydytojai viename susirinkime 1926 m. birželio m. 4 d. Paryžiuje. Be to, dar anksčiau, t. y. 1920 metais, profesoriai Noccour ir Paisseau medikų draugijos susirinkime padarė pranešimą apie „granulie apyretique", t. y. apie taškuotą plaučių tuberkuliozę be temperatūros. Tokius susirgimus teippat aprašė dr. Hesse. Profesoriai Armand Delille ir H. Gavois pažymi, kad dabartiniais laikais dažnai tenka matyti tokių ligonių, sergančių šaltąja, jei teip galima pavadinti, tuberkulioze. Autoriai savo pranešime minėjo šitokį atsitikimą: jiems tekę gydyti vienas ligonis su „typhobacilose". To ligonio rentgenogramine nuotrauka vaizdavusi typišką milijarinę tuberkuliozę. Tas ligonis, kaip jie tvirtino, pasveikęs. Kadangi tas ligonis karščiavęs, tai jo susirgimą pavadinę „granulies refroidies", kas mūsų kalba reikštų „ataušusi tuberkuliozė". Jie sako, kad ne kiekviena tokios rūšies — „granulies froidies" — tuberkuliozė pagydoma, nes jų vienas gydomas ligonis miręs, kitais atsitikimais liga persimetusi į kaulus ir sąnarius. Vadinasi, „B. K." gali per kraują persiduoti visiems organams, o ypatingai toms dalims, kur sutinkamas mažiausias pasipriešinimas.

Kaip yra žinoma, tuberkuliozė gydoma įvairiomis metodėmis. Bet, kiek aš esu pastebėjusi Paryžiuje, vaikų klinikoje prof. Armand Delille plačiai vartojamas pneumatoraksas. Jis naudoja tą metodę, esant plaučių infiltracijai, nepaisydamas, ar vaikas serga atvira ar uždara tuberkuliozės forma.

Pirmieji pneumatoraksu gydymo metodę vaikams pritaikė prof. Rist, Balahneit ir Duharnel 1913 metais Prancūzijoje. Tuo pačiu laiko tarpu šita metode pradėjo gydyti tuberkuliozę Vokietijoje dr. Eliasberg. Prof. Armand Delille sako, kad vaikams ir apskritai sergantiems tuberkulioze gydyti tuo tarpu geresnio būdo už pneumatorakso metodę nėsą. Tas gydymo būdas sustabdąs vietinį procesą ir suteikiąs visišką galimumą pasveikti. Vaikai, kurie po pneumatorakso gydymo kliniškai atrodo sveiki, tikrinami po 3—4 metų ir teippat randami sveiki.

Mokslininkai Blechmann ir Leon Kindberg savo pranešime pedijatrų draugijos susirinkime minėjo vieną atsitikimą, kai 5 mėnesių amžiaus kūdikis sirgęs ulcerozine tuberkulioze su kaverna ir buvęs gydomas pneumatoraksu ir to gydymo rezultatai buvę kogeriausi. To kūdikio ligos retgenogramines nuotraukas prof. Armand Delille įdėjo savo knygoje, pažymėdamas jas 284—286 nr. nr. Sergantiems žinduoliams pneumatoraksas daromas per 5—6 mėnesius ir per tą laiką dažnai kontroliuojami gydymo rezultatai rentgenologiškai. Be to, tiriama skrandžio sunka ir tikrinamas sergančiojo svoris.

Prof. Armand Delille savo paskaitose kalbėjo, kad dažnai pasitaiko, jog vyresniojo amžiaus vaikai lyties brendimo metais suserga ulcerozinės tuberkuliozės uždarąja forma. Pagal jo žodžius, toks susirgimas reikalinga gydyti pneumatoraksu. Jis sako, kad nuo šitos gydymo metodės galima būtų atsisakyti tik tuomet, kai socijalinės sąlygos leidžia ligoniui ilgai gydytis tinkamoje sanatorijoje su ypatingai gera priežiūra, kontroliuojant radijoskopiškai ir rentgenogramimėmis nuotraukomis.

Prof. Armand Delille vaikų klinikoje pneumatoraksas daromas „Kuss" aparatu. Pasiruošimas pneumatoraksui daromas prisilaikant griežtų aseptikos reikalavimų. Mažiems vaikams kaikada, jei jie esti neramūs,

duodama bendra narkozė (chloroformo) ar daroma vietinė (novokaino 1%) anėstezija. Esant ypatingam reikalui, vaikams duodamos šios morfio dozės: 10 metų — 1 kb. cm.; 5 metų — ½ kb. cm.; 2 metų — ⅓ kb. cm.; naujagimiams — 2/10 kb. cm. 20 min. prieš operaciją. Dūris daromas paliai lin. axillaris anterior trečiame ar ketvirtame tarpšonkaulyje, užpakaliniame musculus pectoralis major krašte. Jei esama pleuros sulipimų, dūris daromas žemiau — lin. axillaris posterior ar lin. paravertebralis septintame tarpšonkaulyje. Kai dėl įleidžiamojo azoto kiekio, tai prisilaikoma tokių normų: 14 metų amžiaus — 400 kb. cm.; 10 metų — 300 kb. cm.; 5 metų — 250 kb. cm. ir naujagimiui — 200 kb. cm. Pirmąsias dvi dienas iš eilės daroma vienodų azoto kiekių injekcija; trečia injekcija daroma, praleidus vieną dieną nuo paskutinės injekcijos; ketvirta injekcija — tris dienas ir penkta injekcija — septynias dienas praleidus nuo paskutinės injekcijos dienos. O toliau jau tos injekcijos daromos kas penkiolikta diena. Jei radijoskopiškai matomas geras plaučių susitraukimas, tai pneumatoraksas gali būti daromas kas aštunta diena, o vėliau kas penkiolikta diena.

Be šito gydymo būdo, jei atsiranda pleuros sulipimų, kurie trukdo tokiam gydymui, dar daromas oleothorax'as, t. y. į pleuros tuštymą įleidžiama apie 20 kb. cm. švaraus, šiek tiek pašildyto oleum paraffini, kuris kliudo sulipti. Pasak Armand Delille, vaikams, o teippat ir suaugusiems, plaučių susitraukimas reikiąs palaikyti ligi trejų metų laiko. Pasibaigus gydymui, per tris mėnesius plaučiai atgauna savo natūralią būtį. Tada rentgenogramoje galima matyti, kad buvę šešėliai yra išnykę ir kad plaučiai vėl lieka permatomi.

1926 metais keliems atsitikimams buvo pritaikytas pneumathorax bilateralis. Gydymas truko kelis mėnesius. To gydymo rezultatai pasirodė geriausi. Vaikai nustoję kosėti ir kliniškai atrodydavę visai sveiki. Kai esti komplikacijų, pavyzdžiui, plaučių suaugimų (adherens) ir perdaug dažnų pleuros sulipimų, tai tada bilateralinis pneumathorax nepraktikuojamas. Gydant bilateraliniu pneumathorax'u, plaučiai būtinai reikia radijoskopiškai tikrinti kas savaitė ir kas mėnuo — rentgenogramiškai.

Be augščiau išvardytų gydymo būdų, tuberkuliozė gydoma ir medikamentais, kurie apskritai sustiprina organizmą. Į tų medikamentų tarpą įeina geležis, arsenas ir jodas. Prie aukso preparatų priklauso šie medikamentai: 1) thyosulfate, b) sanochrynnien, c) chrysalbine ir d) allochrysin. Kad šitie preparatai būtų duodami vaikams, aš to nepastebėjau. Bet vis dėlto, kaip pabrėžė prof. Armand Delille, geriausias vaikų gydymas yra sanatorinis, kuris savo disciplina ir atitinkamu režimu veikia ligonius gaivindamas.

Dabar dėl profylaktikos. Prancūzijoje vaikams nuo tuberkuliozės susirgimo apsaugoti plačiai vartojama „vaccina B. C. G.“, kuri duodama per os ir po oda. Šitoji vakcina gaminama Pasteur'o institute ir pareikalavus išsiunčiama.

Šituo atveju tenka pasakyti, kad minėtoji vakcina gaminama tik pagal reikalavimus, nes ji yra veikli tik dešimtį dienų po jos pagaminimo, vėliau genda ir neveikia. Tame Pasteur'o institute ir aš buvau nuvykusi su kursantais. Prof. Armand Delille mums parodė savo skyrius, kuriuose jis pats darbuojasi. Jo žinioje yra tyrimų laboratorija ir bandomųjų gyvulių skyriai: įvairios veislės bezdžionės, jūrų kiaulytės ir triušiai. Tenai mums buvo parodyta laboratorija, kurioje gaminami alt-tuberkulinas ir B. C. G. vakcina.

Be to, mes buvome nuvykę apžiūrėti už Paryžiaus De Yerres miestelyje prevantorium'o. Prevantorium yra pastatytas tik prieš 5 metus. Yra tai mišriame miške didelis 3 augštų moderniškai įrengtas namas. Namas pastatytas valstybės lėšomis. Vaikai tenai siunčiami iš miesto ligoninių; ypatingai jų daug siunčia prof. Armand Delille iš savo ambulatorijos. Visus neturtingų tėvų vaikus, kuriems yra teigiama tuberkuliozės reakcija, išsiuntinėja arba į prevantorium de Yerres arba į prevantorium Plein Air

(tyras oras) de Suresnes. Vaikai, turį atvirąją tuberkuliozę, siunčiami į sanatoriją, kuri teippat yra išlaikoma valstybės iždo lėšomis. Prevantorium'e de Yerres yra apie 100 vaikų 3—15 metų amžiaus. Visą dieną vaikai žaidžia aikštėje ligi pusryčių, po pusryčių guli apie dvi valandas. Miegamuosiuose kambariuose langai beveik niekuomet neuždaromi. Kai esti blogas oras, vaikai žaidžia dengtame balkone, kuris apjuosia visą namą. Maistas jiems duodamas įvairus, kaip antai: daržovės, mėsa, žuvys, vaisiai ir vynuogių sunka, tris kartus per savaitę kiaušinių tryniai. Maiste dedama labai maža druskos. Hygijenos atžvilgiu vaikai pavyzdingai laikomi. Jie du kartus per savaitę maudomi voniose, du kartus per dieną (rytais ir vakarais) eina po dušu. Kiekvienas vaikas turi savo atskirą spintelę drabužiams ir baltiniams. Atskirame name yra įrengtas rentgeno kabinetas, be to, dar kvarco ir solux lempų ir dantų gydymo kabinetai.

Visų vaikų plaučiai tikrinami kas mėnuo rentgenogramomis. Dar yra visai atskiras dviejų augštų medinis namas — ligoninė, kurioje laikomi prevantorium'o vaikai, susirgę kitomis apkrečiamomis ligomis.

Už Paryžiaus, Suresnes miestelyje, prie Bulionijos miško, yra neseniai pastatyta liaudies mokykla berniukams nuo 6 ligi 14 metų amžiaus. Mokykla vadinama Ecole de Plein Air. Tą mokyklą vaikai lanko tik nuo 8 ligi 17 val. Vaikų berniukų toje mokykloje yra apie 300 su viršum. Mokyklos būstai yra erdvūs, langai dideli ir laikomi atdari. Mokykloje yra įrengta gimnastikos salė su visais moderniškais gimnastikos aparatais ir įrankiais. Be to, yra įtaisyti du dideli maudymosi baseinai ir daug dušų. Toje mokykloje yra įrengta laboratorija įvairiems polinkiams ir psychikos būčiai tirti. Tame pačiame name yra ir vaikų darželiai, atskirai berniukams ir mergaitėms, nuo 3 ligi 6 metų amžiaus. Tuose darželiuose yra apie 500 vaikų. Vaikai tuose darželiuose žaidžia ir praktiškai atlieka įvairius darbelius. Visos šitos įstaigos yra išlaikomos valstybės iždo lėšomis.

Referatai.

VIDAUS LIGOS.

1. Prof. dr. med. J. Mikelsons: **Polycythaemiae (erythraemiae) verae patogenese un terapija.** („Latvijas Arstu Žurnals". 1935 m. 5—6 nr.).

Medicinos literatūroje apie polycythaemia vera patogenezę ir priežastinę terapiją dar nėsą visiško aiškumo. Stebėtas Latvijos univ-to klinikoje atsitikimas duodąs nemaža medžiagos ligai aiškiau nušviesti. Pacijentė, 45 mt., netekėjusi, serganti 1 metus, ambulatoriškai gydyta nuo anemijos Fe, As, stiprinamuoju maistu. Nusiskundžianti galvos skaudėjimu, svaigimu, prakaitavimu, širdies palpitacija, dijarėja, nemiga, kartais jaučianti bendrą suštingimą. Vaikystėje sirgusi spazmofilija, kurią turį ir broliai.

Kraujo spaudimas 225/170 mm. Hg. Ties širdies viršūne — systolinis ūžesys, ties aorta — dijastolinis. Pulsas altus et celer, durus. Jeknos kiek padidėjusios, blužnis apčiuopiama, kietoka. Palakisurija. Kairysis inkstas skaudamas. Dažai iš kairiojo ureterio pasirodo po 16 min., iš dešiniojo po 8,5 min.

Kraujo analyzės: Hb. 120%, erytrocytų 6.200.000, leukocytų 17.800, neutrofilų 72% (segm. 50%, stabk. 22%), lymfocytų 20%, monocytų 2%, eozinofilų 3%, myelocytų 1%, bazof. 2%.

Sedimentacija pagal Westergreen'ą 1 val. — 3 mm., 2 val. — 6 mm., 24 val. — 63 mm.

Skilvio sunka: laisv. HCl — 0, bendr. r. — 20. WaR — neigiama. Kraujuje cukraus 120 mgr. % (pagal Hag-Jensen'ą), cholesterino 280 mgr. %, kalcio 16,5 mgr. %.

Pagrindinė medžiagų apykaita (dujų apykaita) pagal Knipping'ą: 56% augščiau normos.

Dijagnozė — polycythaemia vera. Apie tai liudijanti rausva oda ir gleivinė, kraujo sąstatas, padidėjusi blužnis ir hypertonija. Pastarieji du symptomai rodą, kad čia esančios abi polycythaemia vera rūšys — polycythaemia hypertonica Gaisböck kombinacija su polycythaemia megalosplenica Vaquez. Padidėjusi medžiagų apykaita, prakaitavimas, tremor digitorum et palpebrarum nurodą ir morbus Basedowi, hyperthyreosis. Polycythaemia vera, ypačiai polycythaemia hypertonica Vaquez atsitikimais, dažnai būnanti nephrosclerosis arteriosclerotica; tat galima esą prileisti ir šituo atveju. Cukraus ir cholesterino kiekis kraujuje padidėjęs.

Literatūra polycythaemia vera etijologijoje nurodo lues; čia gi jis nefigūruoja. Tiek kitose kraujo ligose, tiek ir polycythaemia vera patogenezėje daug reiškia paveldėjimas ir konstituciniai momentai. Konstatuota, kad polyc. vera susergą keli šeimos nariai, pav., 2 atsitikimais sirgę du broliai ir tėvas. Teippat patirta, kad šita liga dažniau susergančios moterys negu vyrai. Ligos esmė esanti erytropoetinės systemos — kaulo smegenų — sujaudinime, hyperfunkcijoje, ką rodą kaulų smegenyse esą normoblastai, kraujuje — megalocytai, megaloblastai. Šituo atsitikimu jaudintojais galima esą įtarti As ir Fe, kurie šituo atsitikimu kontrindikuotini. Ligonės būklė pagerėjusi, kai buvęs atkreiptas dėmesys į hyperthyreosis gydymą ramumu, atitinkama dijeta, natr. phosphoricum, nervina. Jau po 2 sav. tokio gydymo pagerėjęs kraujo vaizdas, medžiagų apykaitos % sumažėjęs 4 kartus. Daugelis autorių nurodo, kad morbus Vaquez-Gaisböck etijologijai ir patogenezei turį įtakos inkretoriniai aparatai. H. Zondek, norėdamas patirti thyreoidin'o veikimą erytrocytų gamybai, davęs sveikam individui kasdien po 0,1—0,2 thyreoidin'o ir pastebėjęs erytrocytų padaugėjimą ½—1 milij. 1 kb. mm. palyginti trumpu laiku. Oskar nurodo gl. thyreoidea, kaip kraujo regeneracijos skatintoją, ypačiai nukraujavus. Prie erytrocytų regeneracijos proceso prisidėjo ir padidėjęs cukraus ir cholesterino kiekis. Apskritai, dėl polycythaemia vera kilmės tenką skaitytis su konstituciniais-hereditariniais pagrindais, thyreogenine įtaka ir bijocheminiais jonų, o teippat kolojidinių medžiagų santykiais. Prie viso to prisidėjęs Fe ir As jaudinimas tuo metu, kai liga jau buvo išsirūtuliavusi.

Išvadoje autorius sako, kad kraujo ligų terapijoje su As ir Fe reikią būti atsargiems ir neskirti jų, nepadarius kruopščios kraujo analyzės.

Med. kand. Paliakauskas.

2. Prof. K. Buinewitsch (Kaunas): **Zur Frage der chloropriven Azotaemie.** (Chloroprivinės azotėmijos klausymu) („Deutsche Med. Wsch." 1934 m. 43 nr.).

Pastaruoju laiku vis dažniau aprašomi vadinamosios „chloroprivinės azotėmijos" — „azotémie par manque du sel" (Blum) — atsitikimai. Šitais atsitikimais dėl chloro nustojimo (viduriavimai, vėmimai, ascitis'o nuleidimas) išsirūtuliuoją urėmijos reiškiniai, ir kraujo tyrimas rodąs didelį kiekį nuliktinio azoto (Chavanier, Zobo-Onell, Lieutaud et Lelu: „Presse Médicale" 1934 m. 41 nr.; Kohlschütter: „Deutsche Med. Wschr." 1934 m. 22 nr. ir kt.).

Dėl azotėmijos ir hypochlorėmijos santykio autorių nuomonės skiriančiosi, todėl šitas klausymas komplikuojąsis. Tatai tinkamai galinti išaiškinti autoriaus sukurtoji šlapimų gamybos teorija, kuri buvusi paskelbta 1928 m. „Medicinos" 1 nr. ir „Z. Urol." ir kuri duodanti aiškius atsakymus į svarbiausius šlapimų gamybos mechanizmo klausymas tiek normaliomis, tiek patologiškomis sąlygomis. (Ueber Nephritiden, Nephrosen u. s. w. „Z. Urol." 1932. B. 26, H. 8).

Šlapimai gaminąsi šiteip: latakėliuose išsiskiriąs vanduo ir chloro natris, o kamuoliukuose — šlapalai, šlapimrūgštė ir kt. Kamuoliukai sugerią ekvivalentišką druskos ir vandens kiekį, tuo būdu juose šlapimai koncentruojąsi.

Jeigu azoto išsiskyrimas paremąs nuo molekulių apykaitos kamuoliukuose, tai azoto kiekis šlapimuose būsiąs tiek mažesnis, kiek būsią mažiau druskos inkstuose šitai apykaitai sužadinti.

Dėl kurių-nors priežasčių organizmui nustojus druskos, NaCl kiekis inkstuose (latakėliuose) kaip tik ir sumažėjąs; atitinkamai sumažėjąs ir azoto išsiskyrimas, tuo būdu ir išsirūtuliuojanti azotėmija.

Žymus senas vengrų mokslininkas Av. K o r a n y i (Budapestas), kuris savo laiku („Z Klin" 1899 m.) skelbęs, kad vanduo ir druska išsiskirią kamuoliukuose, o azotas — latakėliuose, dabar savo paskaitose, išleistose 3 metams praėjus po autoriaus šlapimų gamybos teorijos paskelbimo, rašąs: „Dabar jau nebėra jokio abejojimo, kad vandens ir druskos išsiskyrimo insufficientia yra tubuliniai epiteliniai, o azoto — glomeruliniai symptomai." Taigi, K o r a n y i, kaip ir daugelis kitų, visiškai iš-išadėdamas savo teorijos, pripažįstąs autoriaus teoriją, kuri randanti daug šalininkų rimčiausių mokslininkų tarpe (kaip, pav.: N e u s t ä t t e r, Š e r v i n s k i j, S t e p p ir kt.).

Dr. A. Zarcinas.

3. S. S. J u d i n e (SSSR): **La transfusion du sang de cadavre aux êtres humains.** (Lavonų kraujo transfūzija žmonėms) („Presse Méd." 1936, 4 nr.).

Šituo klausymu užsiimti autorių paskatinę prof. C h a m o v'o bandymai su šunimis ir ta aplinkybė, kad nevisada, ir ypač naktimis, labai skubiai nėsą galima gauti kraujo davėjų.

Pirmas bandymo objektas buvęs inžinierius, kuris, norėdamas nusižudyti, persipjovęs ar. cubitalis. Visiškai nukraujavęs, be pulso, jis gavęs 420 kb. cm. kraujo iš 60 metų amžiaus senio, kuris prieš 6 valandas buvęs sutriuškintas autobuso. Kitą dieną jam buvusios padarytos dar 6 injekcijos. Jis buvęs išgelbėtas. Bandymai su šunimis įtikinamai įrodę, kad jų lavonų kraujas tučtuojau padidinąs deguonies atsargą ir dujų apykaitą. Panašių rezultatų gauta ir su žmonėmis. Lavono kraujas ne tik neturįs toksiškų savybių, bet kliniškai duodąs tų pačių padarinių, kaip kad ir gyvojo žmogaus kraujas. Po to, kai autoriui pasisekę tas kraujas išlaikyti konservuotas kambario ledinėje, kartu buvęs išspręstas ir klausymas dėl WaR nustatymo. Minėto lavono kraujo likučiai buvę po 3 dienų suleisti ligoniui, sergančiam haematemesis profusa, ir jis puikiai pakėlęs skilvio rezekcijos operaciją. Citruotas kraujas galįs stovėti konservuotas 3—4 savaites. Be serologinės reakcijos, atliekamas ir bakterijologiškas tyrimas ir lavono skrodimas. Turint greitą automobilių susisiekimą, lavonai galį tučtuojau būti atgabenti į institutą. Geriausi esą tie lavonai, kurie yra mirę nuo angina pectoris priepuolio arba yra nutrenkti elektros. Lavonas duodąs 2—3½ literių kraujo. Kraujas labai lengvai surenkamas pro kaniulę iš lavono v. jugularis Trendelenburg'o padėtyje; kraujas ištekąs per 5—10 minučių. Kraujas laikomas ligi mėnesio kambario ledinėje. Svarbūs bandymai dėl kraujo sterilumo parodę, kad lavone pirmiausia infekuojąsi v. v. mesentericae ir būtent pradedant nuo 20 valandos po mirties; kitos gi venos liekančios sterilios. Todėl lavonų tinkamumas aprėžtas iki 6 val. po mirties. Kiti tyrinėjimai nustatę, kad augščiau nurodytu būdu gautas kraujas pareinąs tik iš v. cava sup. ir infer., bet ne iš mažojo rato bei v. portae.

Bandymai su 500 lavonų atidengę nepaprastą reiškinį lavonų kraujo koaguliacijos srityje, būtent: ūmai mirusių žmonių (trumpa agonija) kraujas greitai koaguliuojąsis, bet po ½—1 val. vėl dekoaguliuojąsis ir toks liekąs visą laiką; po ilgos agonijos (ca, tbc. etc. atvejais) kraujas iš lėto koaguliuojąsis, bet dekoaguliacija neįvykstanti. Straip-nyje gana plačiai išdėstytos priežastys. Staiga mirusių žmonių lavono kraujo cukraus kiekis teippat žymiai padidėjęs (bent 2 gr.). Tuo būdu ūmai mirusių lavonų kraujas koaguliacijos atžvilgiu nesiskiriąs nuo gyvojo žmogaus kraujo. Be to, pagal tą savybę esą galima spręsti, kuriuo būdu žmogus miręs. Žymus šokas duodąs panašų reiškinį. Išvada: nėsą reikalo prie tokių lavonų kraujo pridėti antikoaguliacinių vaistų, pakanka kraujas laikyti ledinėje. Antra vertus, tokis kraujas duodąs rečiau hemolyzę negu kraujas su citratu, teippat

rečiau esama reakcijų bei komplikacijų atsitikimų; savybė — didžiausios vertės. Transfūzijos technika nesiskirianti nuo įprastos (imant kraują iš gyvo žmogaus). Reikiamos grupės kraujas sušildomas prieš leidžiamas iki 37° ir filtruojamas pro marlę. Padarius daugiau kaip 1000 transfūzijų, niekada nekonstatuota toksiškų fenomenų.

Ypatingai naudinga esanti šita metodė ten, kur skubotumas neatidėliotinas, pav.: gilaus šoko operacijos metu (smegenų ir t. t.), skilvio kraujavimų atvejais. Kraujo davėjas (gyvas) kartais negalįs suspėti atvykti. Be to, tas kraujas galįs būti kartotinai leidžiamas trumpais laikotarpiais. Nuo gyvo žmogaus negalima imti daugiau kaip literį kraujo, o keisti davėjas narkozės metu esą pavojinga. Esant kartotiniam haematemesis, operacija geriau atidėti ir stengtis ligonis išgelbėti kartotinėmis nedidelėmis transfūzijomis.

Autoriaus padaryta apie 1.000 transfūzijų. Straipsnyje nurodytos indikacijų rūšys. *Gyd. Š. Markovičius.*

VAIKŲ LIGOS.

1. Rofmer P. et Bezsonoff: **Apie skorbutinės dystrofijos patogenezę.** (Untersuchungen über die Pathogenese der scorbutischen Dystrofie). (Referatas iš „Arch. Dis. Childh.“ 1935 m. 10, Strasburgas).

Autoriai tyrė žindomų kūdikių šlapimus, norėdami nustatyti, kiek jame yra C-vitaminų, su monomolybd-phosphotungs'o rūgštimi. Reakcijos principas-tas, kad minėtoji rūgštis su hydrochinon'u, pyrokatechinu ir C-vitaminu duodanti vijoletinę spalvą, intensyviausią, kai 3 reagento molekulės susitinka su 1-a tiriamosios medžiagos molekule. Standartu imamas hydrochinon'as. Rasta, kad kūdikių, žindomų arba maitinamų gausiu C-vitaminais maistu, šlapimuose esą mažiausiai 8 hydrochinono vienetai. Jei į tokį maitinimą įterpiamos 2 dienos be vitaminų maisto, tai, priešingai, kaip kad būną mažiems vaikams ir suaugusiems, vitaminų kiekis šlapimuose nenukrintąs ligi 0, bet dar padidėjąs. Iš to tyrinėtojai išveda, kad kūdikiai nuo 2 iki 11 metų galį patys syntezuoti C-vitaminus.

Tiriant karvės pieną teippat nustatyta, kad ir karvėse einąs C-vitaminų syntezavimas, nes jų kiekis piene nepareinąs nuo jų kiekio karvės pašare. Tiesa, vasaros pienas turįs daugiau C-vitaminų už žiemos pieną, bet tai tik apgaulingas paralelizmas. Čia randamas pagal metų laikotarpį cyklas: žiemą piene C-vitaminų maža, jų kiekis kovo mėnesyje staiga pašokąs, nors karvės dar neišgenamos į lauką, o rudenį C-vitaminų kiekis laikąsis toks pats ligi lapkričio, o po to staiga nukrintąs ligi žiemos lygio ir nepakintąs ligi kovo mėn. Todėl reikią manyti, kad C vitaminų kiekį piene reguliuoją ekstraalimentiniai faktoriai, k. a.: saulės šviesa, temperatūra, cyklinė hormonų įtaka ir t. t.

Užtat ir skorbutinės dystrofijos patogenezė kitaip esanti suprantama. Ji pasidaranti ne tada, kai kūdikis permaža gaunąs vitaminų, bet kai jo pajiegumas syntezuoti C-vitaminus esąs sugedęs. Greičiausia, kaltininku nėsianti C-provitaminų stoka, bet tai, kad askorbininės rūgšties syntezė vykstanti tiktai esant riebaluose tirpstamų vitaminų. Atrodą, kad A-vitaminas čia vaidinąs pagrindinį vaidmenį, ir kad jo teippat ir kitų vitaminų stoka vedanti prie skorbutinės dystrofijos. Gal esąs čia kaltas ir medžiagos apykaitos sutrikimas, gal jis kliudąs C-vitaminų syntezei. Tai labiausiai esą įtartina tokiais atsitikimais, kai vietoje vijoletinės reakcijos spalvos gaunama geltona, drumsta arba mišri spalva. Ištirti 246 vaikai, kurių 110-čiai buvo gauta vijoletinė reakcija. Chroniškų ligų (pirmalaikis gimimas, dystrophia, pylorospasmus, rachitis, anaemia, tbc. ir t. t.) 136 atvejais reakcija buvusi geltonos spalvos. Infekcinės ligos duodančios drumstumą. Su šita reakcija galima esą išpranašauti infekcinė liga dar jos inkubaciniame periode, ir teippat anksti pažinti skorbutinė dystrofija.

Gyd. J. Mockevičius.

2. Čerkasov ir Žolkver (Kijevas): **Kraujo ir liquor'o cukrus, hematoencefalinio barjero pareinamumas meningitikų cukrui.** (Сахар крови и ликвара, проходимость гематоэнцефалического барьера для сахара менингитиков) („Sov. Pedijatrija". 1935, 10 nr.).

Cukraus kiekis kraujuje nevalgiusiam lengvais ir vidutiniais cerebrospinalinio meningito, o teippat serozinio meningito atsitikimais, nerodąs žymių nukrypimų nuo normos. Sunkiais cerebrospinalinio meningito atsitikimais stebimas ryškus cukraus kraujuje padaugėjimas, kuris einąs lygiagrečiai proceso sunkumui. Meningitis tbc. ligoje jis esąs didesnis kaip kad normoje ir priaugąs ligai einant tolyn. Cukraus kiekis meningitikų liquor'e įvairiai svyruojąs; tai pareiną nuo etijologijos. Meningitis tbc. ligoje cukraus kiekis ryškiai krintąs ir mažėjąs ligai progresuojant; cerebrospinaliu meningitu sergant, liquor'o cukraus kiekis svyruojąs ligai einant: pradžioje esąs žemiau normos, toliau cukrus liquor'e daugėjąs ir ligai pasunkėjus mažėjąs; seroziniu meningitu sergant pradžioje cukraus kiekis liquor'e mažėjąs, bet ne teip ryškiai, kaip kad sergant meningitis tbc. ir cerebrospinalis; sveikstant grįžtąs prie normos, pereidamas hypoglikorachijos stadiją.

Glikemiškoji kreivė cerebrospinalinio meningito toksiškose formose ir toli nuėjusio tuberkuliozinio meningito ligoje negrįžtanti prie pradinės lygmės net 2 val. praslinkus po apkrovimo, o tiktai pasiekianti maksimumą, kas, matyti, pareiną nuo sumažėjusio audiniuose ligonių kraujo cukraus vartojimo. *Dr. V. Tercijonas.*

3. N. Kwit and R. Hatcher: **Vaistų išsiskyrimas su motinos pienu.** („Am. I. Dis. Child." 1935 m. IV. Ref. „Sov. Ped." 1935 m. 11 nr.).

Tyrimas padarytas priimtų vaistų koncentracijai krūties piene nustatyti ir išaiškinti, ar vaistai piene randami tokiu kiekiu, kad galėtų sukelti sutrikimus sveikam krūties kūdikiui.

Žindamos motinos gaudavo per os šių vaistų: kodejino, natrii salicylici, fenolftalejino, luminalio, natrii bromati, kalii jodati. Vienu atsitikimu motina gaudavo morphium'o po oda

Smulkiai aprašyta minėtų vaistų tyrimo technika.

Morphium'o nebuvę galima rasti moters, gavusios po oda 0,016 morphii sulfurici, piene. Kodejino teippat nebuvę galima rasti piene, įdavus motinai nuo 0,032 iki 0,065 daviniais. Salicyl. rūgštis rasta piene, įdavus 0,6, 1,2, 2,0 ir 4,0 bendro kiekio. Fenolftalejino ir luminalio piene nebuvę rasta. Įdavus vienkartinę natrii bromati 1,0 dozę ir 15,0 bendrą dozę, piene buvęs rastas bromas. Vienu atsitikimu bromo kiekis piene buvęs pakankamas, kad sukeltų vidutinius toksiškus reiškinius. Įdavus kalii jodati 3,8 ir 4,6 bendrą kiekį, piene rasta jodo labai maža.

Tuo būdu, be natr. bromatum, nė vieni iš vaistų nerasti piene tokiu kiekiu, kad galėtų sukelti normalių krūties kūdikių susirgimą.

Dr. V. Tercijonas.

UROLOGIJA.

1. V. Goldberg (Berlynas - Ryga): **Die Vertraeglichkeit des Chondroitinschwefels.-Natr. etc.** (Apie natrium chondroitino - sulfuricum pakeliamumą ir jo išsiskyrimą pro šlapimtakius) („Z. Ur. Chir." XXXIX. H. 5).

Šitas straipsnis yra pirmutinis bandymas pritaikyti natrium chondroitino-sulfuricum profylaktikai akmenų susidarymui perspėti, (Žiūr. mano straipsnį „Medicinos" 1935 m. 5 ir 6 nr. Ref.). Įdavus jį per os ar per rectum, nepastebėta jokių pašalinių reiškinių. Kadangi tuo būdu įduotas šitas vaistas nebuvęs konstatuotas šlapimuose, tai autorius jį mažai tetaikęs. Pavartojus jį paodinėmis injekcijomis daviniais po 0,25 ir 0,5, buvęs stebimas tik injekavimo vietos patinimas ir skaudamumas. Pavartojus jį intramuskulinėmis ir intraveninėmis injekcijomis po 0,25, pašaliniai reiškiniai teatsirasdavę tik išimtiniais atsitikimais. Retai jie būdavę ir pavar-

tojus 0,5 gr. davinius. Reiškiniai būdavę šie: kaulgėla, šalčio krėtimas, t^0 pakilimas iki 37,4°, nedideli galvos skausmai; visa tatai greitai praeidavę. Pavartojus šito vaisto davinius 1,0, augščiau minėtieji reiškiniai pasireikšdavę smarkiau. Todėl reikią vartoti intramuskulinėmis ar intraveninėmis injekcijomis ne daugiau kaip po 0,5 gr. Tuo tarpu kai įdavus šitą vaistą intraveninėmis injekcijomis, jisai buvęs randamas šlapimuose jau po kelių minučių ir tučtuojau parodydavęs maksimalų veikimą, apsaugodamas nuo kristalų calc. oxalici iškritimo, tai įduotas intramuskulinėmis injekcijomis jisai šitą veikimą parodęs tiktai praėjus 1—2 val. Po injekcijų 0,5 gr. NaChS buvęs randamas šlapimuose dar per 6 val. po injekcijos.

2. J. Hellstroem (Stokholmas): **Zur Behandlung der infolge von Ureterkompression d. Nierengefässe entstandenen Hydronephrose.** (Hydronefrozių, atsiradusių dėl ureterio suspaudimo indais, gydymo klausymu) („Z. Ur. Chir." XXXIX. 3—4).

Dabar jau neabejotina, kad inkstų indai, susikryžiuodami su vos teišėjusiu iš inksto rėčkelės ureteriu, tam tikromis sąlygomis sudarą kliūtį rėčkelei išsituštinti ir galį sukelti hydronefrozę. Šitie indai galį būti pridėtinėmis ar norminėmis art. renalis šakelėmis, einančiomis į žemutinę inksto hilus'o dalį. Operacijos metu tatai dažnai esą svarbu žinoti. Jeigu inkstas yra tvarkus, tai galįs būti reikalas pašalinti spaudžiančius ureterį indus. Nevisada tat galima, nes jei tat esanti arterija ir dar galinė, tai, perpjovus indą, iškrisianti atitinkamos inksto srities funkcija. Šitam galimumui patikrinti siūloma operacijos metu suspausti indas 1—2 min. ir stebėti, ar pasidarysianti atitinkama inksto cyanozė. Jeigu ji esanti, tai perpjovimas neindikuotinas. Ir dėlto šitam suspaudimui pašalinti esama kitų pasiūlymų (Wildbolz).

Autorius aprašo savo atsitikimą. Pelvis renalis buvęs išsiplėtęs ligi apelsino dydžio; jame rasta akmenų. Piltuvėlio pavidalo ureteris prasidedąs nuo rėčkelės apatinės dalies; prasidėjimo vietoje esą suaugimų. Gana stora atsaja, kurioje buvusios arterija ir vena, perkertanti įštrižai inksto žemutinio poliaus pryšakinę dalį ir ureterį tučtuojau jo prasidėjimo vietoje. Suspaudus rėčkelę, šlapimai pro ureterį nepraeidavę. Atpalaidavus suaugimus ir pakėlus indų kuokštelį, rėčkelė išsituštindavusi. Indus suspaudus, buvusi gaunama viso inksto žemutinio poliaus cyanozė. Todėl perpjovimo būdas atkritęs. Autorius perkirtęs rečkelę iš užpakalio ir pašalinęs iš jos akmenis, išpiovęs jos dalį, tuo būdu ją sumažindamas. Dėka tam buvusi gauta prošvaistė tarp jos ir indų. Be to, pakelta atsaja buvusi prisiūta prie rėčkelės vidurio. Patikrinus po 9 ir 15 mėnesių po operacijos, rasta, tiesa, calices praplėsti, tačiau pyelosis normali. *T. Goldbergas.*

AKUŠERIJA IR GYNEKOLOGIJA.

1. S. Klein (Voronežas): **Zur Frage d. spont. ringfoermig. Abrisses d. Portio vagin., waehrend d. Geburt.** (Portio vaginalis gimdymo metu spontaniško atplėšimo klausymu) („Zbl. G." 1935 m. 52 nr.).

Šitų retų atsitikimų nuo 1860 m. aprašyta tiktai 21 atsitikimas. Be to, instrumentinių atplėšimų paskelbta tiktai 20 atsit. Ir vadovėliuose apie tai maža kalbama. O tatai labai gaila, nes dėl nežinojimo neišaiškinta etijologija ir profylaktikos klausymas. Autoriaus aprašomuoju atsitikimu kalbama apie antrakartę gimdyvę, kurios anamnezė nieku nepasižymi.

10 val. ryto pirmieji skausmai; 15 val. nuėję vandens, apyvaisei pūslei pačiai trukus. Kitos dienos 4 v. 30 min rytą pastangos. Praėjus 15 min. ante vulvam atsiradęs rausvai melsvo audinio apskritas gabalas, išsikišdamas pirmyn kiekvienos pastangos metu. Tučtuojau už jo buvusi kūdikio galvelė. Po valandos nustatyta, kad šitasai audinio gabalas esąs labium posterius portionis vaginalis. Spontaniškai gimęs kūdikis svėrė 3.800 gr. Tučtuojau pati atsiskyrusi placenta ir išėję plėvelės, pavartojus Duncan'o būdą. Virkščia buvusi apsivyniojusi aplink kaklą. Toliau nedidelis krauja-

vimas ir šito audinio gabalo plaštakos didumo atsikišimas. In speculis matoma, kad jis kabo:ant portio vaginalis 2 cm. platumo tiltelio, kuris jau buvęs nekrozavęs Šitas gabalas amputuotas Žaizdos tualetas. Po 9 dienų ligonė išsirašiusi. Po 6 savaičių apžiūrėjus, rasta laceratio orif externi uteri iš dešinės; orificium praeinamas 1 pirštui; užpakalinė portio vaginalis lūpa sutrumpėjusi; pryšakinės lūpos ektropion. Po 7 mėn. gydymo abrasio dėl hyperplasia endometrii (menorrhagia). Etiologija dar diskutuotina: portio kietumas, elastingumo nepakankamumas, pirmalaikis vandenų nutekėjimas, galvelės ir dubenio neproporcingumas; cervix infantilis etc. *T. Goldbergas.*

ODOS IR VENER. LIGOS.

1. Prof. dr. Schreus: **Salvarsan-Sättigungstherapie** (Salvarsano prisotinamoji terapija). („Therap. Berichte". 1935 m. 1 nr.).

Gydant syfilį salvarsanu terapinių padarinių dėliai, svarbu esą žinoti apie salvarsano išsiskirstymo organizme ir pasišalinimo iš organizmo sąlygos; vieni metalai, kaip, pav., Hg, išsiskyrimą sulėtiną, antri gi, kaip, pav., jodas, pagreitiną. Nuo salvarsano pastovios koncentracijos kraujuje laiko pareinąs ir terapinis efektas. Salvarsaną injekavus, viena jo dalis esanti tuojau adsorbuojama prie kraujo plazmos sudėtinių dalių, antra gi dalis difunduojanti iš kraujo indų į gretimus audinius. Salvarsano koncentracija kraujuje greitai krintanti, difuzija į audinius sustojanti ir tuo tarpu prasidedąs pašalinimo procesas pro inkstus ir žarnas.

Autorius veikimui pagerinti paskirstė vienkartinę salvarsano dozę į atskirus mažus davinius, kuriuos suleido į kraują tam tikrais laikotarpiais, kad ilgiau palaikytų vienodą salvarsano koncentraciją kraujuje ir pailgintų difuzijos į audinius laiką.

Gydymo schema.

	Bismutas	Neosalvarsanas		
Prieškursis (Vorkur)				
Dienos		1 injekcija	20 min. po pirmos injekcijos	20 min. po antros injekcijos
1	0,5 kb. cm.	—		
2	—	0,45		
5	1,0 „	0,6		
Prisotinamasis kursas (Sättigungskur)				
I 9	1,0 kb. cm.	0,45 (0,6)	0,15	0,15
12	1,0 „	—	—	—
II 16	1,0 „	0,45 (0,3)	0,3	0,3
19	1,0 „	—	—	—
III 23	1,0 „	0,6	0,45	0,3 *) (0,45)
26	1,0 „	—	—	—
IV 30	1,0 „	0,6	0,45	0,45 *)
33	1,0 „	—	—	—
V 37	1,0 „	0,6	0,45	0,45 *)
40	1,0 „	—	—	—
VI 44	—	0,6	0,45	0,45 *)

*) Moterims dažnai esą pravedami 3—6 prisotinimai iki antro prisotinimo.

Pradžioje injekuoja 0,3, toliau kas 15 min. po 0,15, iki bendros dozės 0,75. Salvarsano koncentracija kraujuje atskiros dozės 0,3 neviršijanti, bet už tat difuzijos laikas esąs pailgėjęs 4 kartus. Tuo būdu esąs pasiekiamas tokis pats organizmo prisotinimas salvarsanu, kaip kad vienkartine doze 0,75. Be to, kraujuje palaikoma žema salvarsano koncentracija, tuo būdu išvengiama didelių davinių šoko ir pasiekiama geresnių veikimo rezultatų.

Autorius siūlo šią gydymo schemą: (Žiūr. gydymo schemą 52 pusl.).

Jei liquor yra teigiamas, kursas kombinuojamas su pyroterapija (8, 12, 15, 19, 22, 26, 29, 33, 36, 40-tą dieną). Prieškursis vartojamas nustatyti paciientų tolerancijai neosalvarsanui. Kursą baigus, po 6 sav. — 6 mėn. pertraukos galima kartoti.

Prisotinamojo kurso šios indikacijos:

1) abortyvus syfilio gydymas;
2) rezistentiški syfilio atsitikimai;
3) tabes dorsalis;
4) paralysis progressiva.

Šviežiais atsitikimais abortyviam syfilio gydymui pakanką 2 kursų su 6 sav. tarpkursine pertrauka, ir žiūri na kaip į garantuotą syfilio pagydymą. 7 metų patyrimas rodąs, kad salvarsano prisotinamoji terapija duodanti gerų rezultatų ir ligonio toleruojama ne blogiau, kaip kad ir vartojant kitas gydymo metodes. *Gyd. Gulbinas.*

2. Dr. Craps: **Ueber den Missbrauch der Wismutbehandlung bei frischer Syphilis.** (Apie žalingą bismuto vartojimą pirminį syfilį gydant). („Therap. Berichte". 1935, 11 nr.).

Bismuto veiklumas syfilio terapijoje esąs neabejotinas. Visi syfiliniai reiškiniai nuo Bi, kaip kad ir nuo neosalva sano, išnykstą. Dėka jo veiklumui ir patogiam vartojimo būdui kaikurie dermatol gai esą linkę jį vartoti syfiliui gydyti visose stadijose ir ypatingai abortyviai gydant šviežią syfilį. Norint išv ngti blogų padarinių, abortyvus gydymas privaląs būti greitas ir energingas. Vien Bi gydant pasirodę, kad beveik greičiau, kaip kad arsenu gydant, seropozityvios reakcijos pereinančios į seronegatyvias ir greitai panaikinamos syfilinės afekcijos. Tačiau, ilgesnį laiką sy iliui gydyti vartojant vien Bi, pasirodę, kad po ilgesnių pertraukų gaunama kliniškų ir serologiškų recidyvų. Tai rodą, kad spirochetų gyvybės pajiegumas tik iki maksimumo sumažėjęs, bet ir Bi gydymo metu užsilieką̨s ir pertraukus gydymą duodąs recidyvų. Autorius iš 4.000 stebėtų susirgimų patiekia 10 ankstybų syfilio atsitikimų, kurie buvę gydyti vien Bi ir teoriškai imant kursai buvę pravesti taisyklingai. Tačiau vien Bi gydymas privedęs tik prie tariamojo išgydymo. Nutraukus ilgesniam laikui gydymą, serologiški ir kliniški syfilio reiškiniai recidyvavę. Todėl autorius laiko kombinuotą salvarsano + Bi gydymą patikimiausiu ir greičiausiai galinčiu syfilį išgydyti.

Autorius maksimalų neosalvarsano davinį moterims laiko 0,75, vyrams — 0,9. Vienam kursui sunaudoja neosalvarsano moterims 5,5—6,0, vyrams 6,75—7,0; pradinį davinį skiria 0,3, 2-ą dieną — 0,45, 3-čią — 0,6, 4-ą d. — 0,75 (moterims) ir 6-ą d. — 0,9 (vyrams) ir toliau paskutinius davinius skiria kas 6-ą dieną iki kurso pabaigos. Bi skiria intramuskuliariai ir pradeda nuo 0,01 Bi salic. ir, tuo pačiu laiku, injekuodamas su neosalv., didina dozę, iki 0,08 Bi salic. Tarp neosalv. injekcijų 0,75 moterims ir 0,9 vyrams Bi esąs skiriamas viduryje intervalo arba trečią dieną po neosalvarsano injekcijos. Vienam kursui skiriama Bi 12 injekcijų à 0,08 (Casbis 2,0). Neosalvars. ir Bi kursas baigiamas kartu ir daroma 3 sav. pertrauka. 2 paskutinių savaičių pertraukos metu kasdien skiriama po 1 Hg supozitariją. Po pertraukos duodama antras kursas ir t. t. Pabaigoje autorius dar kartą pabrėžia, kad gydymas vien Bi esąs smerktinas, ir kad vėlybos blogos laikinai pasiektų gerų rezultatų išdavos galima aiškinti klaidingu gydymu. *Gyd. Gulbinas.*

AKIŲ LIGOS.

1. Priv. doc. dr. med. K. Apinis: **Skrapstu un uzacu krasošana ka dažadu acu saslimšanu celonis.** (Blakstienų ir antakių dažymas kaip įvairių akių susirgimų priežastis). („Latvijas Arstu Žurnals". 1935 m. 5—6 nr.).

Latvijos univ-to akių klinikos duomenys apie blakstienų ir antakių dažymą patvirtina Vakarų Europos autorių — B a b'o (Vokietijoje), A b r a m o w i c z'o (Lenkijoje), H o l l a n d e r'o (Amerikoje) nuomonę apie minėto dažymo didelę žalą. Per dvejus metus autorius stebėjęs 8 atsitikimus; iš tikrųjų jų esą žymiai daugiau, nes pacijentės lengvesniais atsitikimais gydančiosi namie. Iš minėtų susirgimų trims buvę blakstienų ir antakių srities dermatitai: odos paraudimas, smarkus perštėjimas. Kartu buvęs ir konjunktivos įdegimas. Kiti 5 atsitikimai žymiai sunkesni — oda ne tik paraudusi, bet esą ir ekzema, sutinimas, daug pūslelių su seroziniu skysčiu. Tiek vokų, tiek akies obuolio konjunktiva labai paraudusi, net chemotiška. Konjunktivos sekretas pūlingo pobūdžio. Įdegimo proceso apimta ir ragena. Visais 5 atsitikimais buvę fotofabija, cilijarinė injekcija ir rainelės sujaudinimas. Trimi atsitikimais, be to, buvę ragenoje keratitis punctata superfic. 2 atsitikimais — limbus'o fliktenos. Susirgimai atsiradę praslinkus 2—3 dienoms po dažymo.

Gydymas: odos įdegimui — pasta granugeni; konjunktivai — zincum sulfuricum lašai, pridėjus larokajino (1%) ir keletą lašų adrenalino. Išgiję per 1—2 savaites. Ragenos gydymui vartoti indiferentiški tepalai, ungt. xeroformii 2%. Sunkiau ėjęsi vienai 19 m. pacijentei, kuriai ekzema apėmusi ne tik akies sritį, bet ir skruostus. Vokai labai sutinę. Ties limbus — fliktenos. Pakitimai ragenoje. Cilijarinė injekcija. Kaikurios ligonės net po mėnesį laiko buvusios nedarbingos. Daugelį blefaritų, autoriaus nuomone, sukeliąs blakstienų dažymas. B a b'o stebėjimu, dėl blakstienų dažymo kartais atsirandą ir pūlingų procesų, kurie privedą prie veido ir kaklo furunkuliozės. F a r b e s ir B l a k e s aprašo vokų gangrenos atsitikimus. Reklamuojami nežalingi H e m'o dažai, A b r a m o w i c z'iaus stebėjimu, pelėms sukėlę membraninį konj. įdegimą, ragenoje epitelio edemą ir vėliau nekrozę. Juo dažai tamsesnės spalvos, juo didesnis įdegimas.

Med. kand. Paliakauskas.

2. H. M o n t l a u r. **Dépistage de la syphilis dans les milieux d'aveugles.** („Arch. d'Ophtalm." 52 T. 1935 m., 586 p.).

Autoriaus rūpesčiais prie Prancūzijos Aklųjų Draugijos 1929 metais atidarytas „Medicinos Centras", kur akliesiems gratis teikiama visokeriopa medicinos pagelba ir ten pat įsteigtas centras syfiliui ieškoti aklųjų ir jų giminių tarpe ir jam gydyti. Pasirėmus pastarojo centro 4 metų darbo duomenimis, buvo prieitos žemiau duodamos išvados:

1. Aklųjų tarpe prigimtinis syfilis pasitaikąs daug dažniau negu įgytinis (76 : 24) ir luetinio aklumo etiologijoje nustelbiąs įgytinio syfilio vaidmenį.

2. Prigimtinio syfilio tikra dijagnozė kartais labai sunku esą nustatyti; tokiais atvejais, tik ištyrus visą giminę, pavykstą išaiškinti, ar turima reikalo su prigimtinio syfilio padariniais. Kaip tik minėtojo centro dėka buvę galima ištisai ištirti gausingos aklųjų šeimos - giminės. Tų tyrimų rezultatai buvo stebėtini Pavyzdžiui, pasirodė, kad aklumas nuo neuritis optica hereditaria buvęs kiekvienoje tiriamosios giminės kartoje, kad tokios giminės esančios dažniausiai kilusios iš nesveikų protėvių (hemiplegikų, neregių, syfilitikų ir kt.). Pastebėta, kad tos giminės kiekvienoje kartoje būta daugumos vyriškių neregių ir daug mažiau nesveikų moterų, kad daug vaikų buvę išmirusių jauname amžiuje nuo meningito, buvę daug negyvų gimusių, abortų ir t. t. ir kad sveikos bei reginčios moterys perduodavusios tą ligą su syfiliu savo vaikams. Todėl A. tvirtina, kad šeiminio paveldimojo aklumo atsitikimais, ištyrus visą giminę, dažnai paaiškėdavęs protėvių syfilis, kuris ir esąs pirminė aklumo priežastis, ir eidamas per kartų kartas visada

gadinąs akis. Teip, syfilis kartais pasiekiąs net penktą - šeštą kartą tiek prarasdamas savo typingą vaizdą, kad vien tik visos giminės tyrimas begalįs jį susekti, o tuo tarpu savo žalingumo akims būnąs visai nepraradęs.

3. Nėščių moterų, sergančių lues congenita, specifiškas gydymas esąs būtina sąlyga susilaukti sveikos kartos. O ieškojimas, ir gydymas syfilio aklojo šeimoje ir visoje jo giminėje, ir ypač nėščių moterų gydymas, esąs tikra luetinio paveldimojo aklumo profylaktikos priemonė ir todėl aklojo sterilizacija eugenikos sumetimais beveik niekuomet nereikalinga.

Gyd. V. Avižonis.

FARMAKOLOGIJA.

1. H. A. C. van Pinxteren: **Apie secale cornutum alkalojidus.** („Pharm. Weekbl." 1934. 71 nr.)

Pagal V. Urk'o ir Smith'o metodę buvęs nustatytas alkalojidų kiekis 17 secale cornutum pavyzdžių. Alkalojidų kiekis svyravęs tarp 0,227—0,032%. Įdomu, kad tie patys autoriai nustatė, jog infusum secalis cornuti alkalojidų beveik neturįs, net tuo atveju, kai pridedama rūgšties. Ypatingai esąs veiklus ir turįs alkalojidų normą extractum secalis cornuti. Tokio ekstrakto gamybai galima panaudoti ac. hydrochloricum arba ac. tartaricum. Įrodyta, kad PH (vandenilio jonų koncentracija) neturįs jokios įtakos ekstrakto patvarumui.

Autoriai nurodo metodę injekciniams preparatams gaminti. Paruošiamas vandeninis, spiritu valytas, ekstraktas (extr. secal. cornuti liquidum). Tokis ekstraktas 40° temperatūroje sausai išgarinamas. Iš ekstrakto sausos liekanos alkalojidai izoliuojami tartaratų pavidalu. Jie kelis kartus perkristalizuojami ir gaunami beveik bespalviai alkalojidai, kurie ištirpinami 10-yje dalių spirito ir 90-yje dalių vandens tokios koncentracijos, kad 1 kb. cm. tirpinio būtų 1 mgr. alkalojidų. Prie kiekvieno kb. cm. šito tirpinio pridedama dar 0,20 gr. sauso ekstrakto. Šitas skaidrus tirpinys galįs būti vartojamas injekcijoms; jis turįs ne tik alkalojidų, bet ir veikiamų aminų. Žinoma, jis turįs būti gaminamas aseptiškai.

Chem.-vaist. Č. Bankauskas.

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× **Paviršutinių nudegimų gydymas kasdieninėje praktikoje**

Turėtini galvoje du momentai: nudegimai, užimantieji didelį ir mažą plotą; antro laipsnio ir paviršutiniai nudegimai.

Didelio ploto nudegimų gydymas turi būti dvejopas: bendras ir vietinis.

Atsiradus šokui, ligonis guldomas į lovą, galva nuleidžiama žemyn, ligonis sušildomas. Po oda švirkščiama camphorae, coffeini, morphii (0,01—0,02). Naudinga į veną suleisti lašais 250 kb. cm. šilto fyzijolog. skiedinio.

Šokui praėjus, turį būti kovojama prieš toksėmiją, kurios pagrindinis gydymas — intraveninis druskos skiedinio paskyrimas. Dozė: 20 kb. cm. 10% skiedinio kas 3 valandos, kas sudaro apie 100 kb. cm. per dieną. Šita terapija vartotina vidutiniškai 4—6 dienas.

Teippat reikia rūpintis ligonio dehydratacija. Tam tikslui skiriama per parą 3—4 litr. sodos vandens, gana sūraus daržovių buljono, paodinė injekcija 500 kb. cm. — 1 literis fyzijolog. skiedinio, arba tas pats skiedinys lašais per rectum. Adrenalinas, kuris esti kontraindikuotinas pirmomis dienomis, vartotinas pradedant nuo 4 dienos.

Antitetaninis serumas absoliučiai indikuotinas, jei nudegimas įvyko lauke, ir visada — jei yra nudegusios apatinės galūnės, o ypač pėdos.

Galima tikrai pasakyti, kad tik devitalizuotų nudegusių audinių koaguliacija įgalinanti apsaugoti visą organizmą nuo vietinės nudegimo žaizdos padarinių.

Visi didelių nudegimų tvarstymai, kuriais stengiamasi apsaugoti žaizda, net ir rūpestingai dezinfekuoti, turį būti atmetami.

Dabartiniu laiku rekomenduojamos koaguliacijai sukelti 2 svarbios metodės: 1) palikimas atvirame ore ir 2) gydymas taninu — pirmenybės metodė.

Tanizacijos technika šitokia: nudegintos vietos dezinfekcija: 1) mechaninė (nuimtinos pincetu visos apgruzdusios dalelės, drabužių liekanos ir ypačiai eksciduotini žirklėmis visi epidermio gabalėliai [couvercle]); 2) antiseptinė — lengvai nušluostytinas žaizdos paviršius tamponu, sumirkytu lipolysol'iu arba benzinu.

Ac. tannici skiedinys po to vartotinas pulverizacijos pavidalu. Jis gaminamas ex tempore (25 gr. ac. tannici, 1 literis virto vandens).

Pirmomis 2—3 valandomis pulverizacija daroma kas pusė valandos; toliau vidutiniškai kas 4—6 valandos, t. y. 8—12 pulverizacijų pakanka.

Nuo šito laiko vietinis gydymas laikomas baigtas (svarbiausias gydymo pliusas!).

Kitomis dienomis lieka tiktai prižiūrėti nudegintos vietos kraštų antiseptika.

Rezultatai puikūs: išdžiūvusi kiautelė pradedanti luptis 12—14 dieną; žemiau gulintis epidermis gerai atsistatęs, rausvas ir plonas.

Vitalinės prognostikos atžvilgiu reikia pasakyti, kad gydymas taninu nė kiek neapsaugojąs nuo vėlyvesnių komplikacijų (plaučių, inkstų, virškinamojo trakto), kurias sukelią dideli nudegimai po 3—4 dienų. Gydymas taninu, deja, nevisada apsaugojąs ir nuo tolesnės supuracijos, kuriai atsiradus kuo anksčiau dezinfekuotina žaizda antiseptiniais tvarčiais, kurie dažnai kaitaliotini.

Paviršutinius nudegimus nedideliais plotais gydant taninu, gaunama puikių rezultatų. Pakanką patepti 2,5% ac. tannici (po dezinfekcijos), uždėti nehydrofilinis tvartis. Tvartis nuimamas 12—15 dieną. Epidermis randamas visiškai atsinaujinęs. Toks gydymas duodąs maximum naudos. („Pr. Med." 1936 m. 1 nr.). *Gyd. Š. Markovičius.*

× **Prostigmin „Roche"** sėkmingai buvęs pritakytas vienu atveju po gastroektomijos, po kurios jokiais vaistais per keletą dienų nebuvę galima sužadinti peristaltikos. Po vienos prostigmin'o Roche injekcijos pasireiškęs tiktai lengvas gurguliavimas. Padarius po 3 val. 2 injekciją, atsiradusi defekacija. Kitą dieną dar kartą buvęs pritaikytas prostigminas, kuris žymiai palengvinęs ligonio sveikatos būtį. Daugeliu dinamiško ileus'o atveių, kai operacija susirgimo pradžioje atrodžiusi neišvengiama, po kelių prostigmin'o injekcijų operacija buvo nebereikalinga, nes ligonio sveikatos būtis greitai ir aiškiai pagerėdavusi.

Dviem smegenų suminkštėjimo atsitikimais, kuriuos lydėjusi sunki žarnų atonija ir šlapimų retencija su tulžišku vėmimu, J. W u s t e f e l d'u dviem prostigmin'o injekcijomis pavyko sužadinti defekacija ir šlapinimasis. Prostigmin'as buvęs vartojamas dar 4 dienas ir buvęs pašalintas žarnų ir šlapimpūslės veikimo sutrikimas. Pašalinio veikimo širdžiai ir kraujo apytakai niekuomet nebuvę stebėta, net ir sunkiems ligoniams po kartotinių injekcijų. (J. W u s t e f e l d: „Le Scalpel." 1935. 15 nr.).

T. Goldbergas.

× **Duodenum'o zondavimas (tubage).** K l a s i š k a t e c h n i k a: Įkišus zondą iki 2-osios duodenum'o pusės, surenkama tulžis, įšvirkščiama pro zondą sol. magn. sulfur.; po to ištraukiamas didesnis ar mažesnis tamsios spalvos tulžies kiekis; zondavimas baigiamas, pasirodžius šviesios spalvos tulžiai. Pagal C h i r a y kartais vartotinas didelis magn. sulfur. kiekis (150 kb. cm. 33%); po to ištraukiama kiek galint daugiau tulžies.

Kadangi rezultatai nevisada patenkinami, tai autorius šitą metodę patobulino: pasibaigus magn. sulfur. veikimui, tuojau pro zondą suleidžiama aliejaus.

Autoriaus technika: Suleidžiama 30 kb. cm. 25% sol. magn. sulfur. ir, kai pro zondą ištekės visa tamsi tulžis arba pasirodys šviesi, tai instiliuojama 50—80 kb. cm. alyvos aliejaus.

Rezultatai: Nepasisekimų nepastebėta; alyva sukelia daug didesnę tulžies ekskreciją negu kad magn. sulfur. (100—450 kb. cm. tulžies). Be to, alyva žymiai labiau sužadina tamsios tulžies išsiskyrimą. Šitokis zondavimas parodęs, kad tamsioji tulžis nėsanti vien tulžies pūslės kilmės, bet ir pačių kepenų.

Išvados: Alyva esanti stipri terapinė priemonė, puikiai drenuojanti kepenis ir tulžies pūslę. Norint gauti žymų ir ilgą efektą, zondavimas turįs trukti tol, kol cholagogiškas alyvos veikimas visiškai išnyks, t. y. 2—4 valandas.

(Comment donner au tubage duodénal son rendement maximum? „Pr. Méd.“ 1936. I). *Gyd. Š. Markovičius.*

× **Bijologiškai suderinti tepalai.** Nuo senų laikų Europos tautos, jų tarpe ir lietuviai, priskiria medui, taukams, mielėms ir augalams, t. y. apskritai organinėms medžiagoms, gydomąsias ypatybes.

Tikrinant šituos plačiųjų masių (liaudies) empyriškus ir intujitiškus įsitikinimus, pasirodė, kad tuose produktuose yra vitaminų, provitaminų, prėhormonų ir kitų veikliųjų pradų medžiagų (saponinų, alkalojidų ir t. t.). Dabartinėje vidaus ligų terapijoje organiniai preparatai vyrauja. Mažesniu laipsniu tatai konstatuojama gydant išorines ligas. Medicinoje dar įprasta veikti oda dažniausiai neorganinių junginių druskomis ir rūgštimis su vazelino pagrindu.

Moderniškoji farmacinė pramonė kartais išleidžia prekybos paslaptimi užmaskuotų kompleksinių, kitaip sakant, bijologinių, ir dažnai net labai gerų preparatų (pav., Vokietijoje populiari „Desitin-Salbe“), kurie padeda beveik nuo „visų ligų“.

Stebėdamas įvairius šitos rūšies kompozicijų terapinius efektus, aš galėčiau patarti nebrangų tokio principo tepalą:

Rp.

Extr. secale corn. fluidi	0,1
Aq. calcis	
Tinct. ratanhiae	
Styracis liquidi āā	1,0
Boracis	2,0
Bals. peruviani	4,0
Talci veneti	
Zinci oxydati āā	5,0
Ol. lini	10,0
Ol. jecoris aselli	15,0
Melis vulgaris	20,0
Vaselini amer. albi ad	100,0
Ol. Bergam (ad desodor.) gtt. X.	

Atskirų tokio tepalo dalių veikimas yra žinomas iš farmakologijos (errectio + desinfectio + antisepticum + excitatio + stimulatio + antiparasiticum + adstringentia + vitaminisatio A, B, C, D, E + antiphlogistica); tačiau įsidėmėtina nurodytoje kompozicijoje tai, kad įeinančių į ją sudėtinių dalių savybės ne tiktai kad neutralizuojasi tarpusavyje, bet greičiausia kumuliuojasi ir potencijuojasi.

Šitas tepalas buvo mano pavartotas su gerais rezultatais šiems išorinių kūno dalių susirgimams gydyti: nešviežiems sužeidimams (infekuotu paviršiu), impetigo, pyodermia, ulcera cruris, ekzema, urticaria, combustio (nešviežioje būtyje), prurigo, rhagades, acne, seborrhoe,

excoriationes. Ypatingai geras efektas pasiekiamas gydant šituo tepalu žaizdas, gyjančias per secundam intentionem: augimas 2 mm. naujo epitelinio rando per parą yra augimas beveik ekscesyvinis.

Taigi, nė vienas neorganinis tepalas neturi tokių plačių indikacijų, kaip kad šitas bijologiškai suderintas, nors ir nespecijalus. Tiksliai nustatyta dijagnozė yra viena gydymo pusė, o jei antrai padeda vaistai — jie yra geri. *Dr. J. Varnauskas* (Žeimelis).

× **Kaip palengvinti emfyzematikams?** Esant žymiai emfyzemai, kvėpavimo pasunkėjimas dažniausiai pareinąs nuo mechaninių faktorių. Išsiplėtusieji plaučiai laiko dijafragmą įkvėpimo padėtyje ir tuo būdu ji negalinti susitraukti. Be to, dideli plaučiai netiesioginai ištempią krūtinės ląstą, kuri įgaunanti statinės (bačkos) formą. Kvėpavimo ekskursijos dėl to esančios labai apréžtos.

Šito straipsnio autoriai pastebėję, kad dijafragma galinti būti nustumta į viršų iškvėpimo padėtyje, pritaikius atitinkamą spaudimą pilvo sienelei. Įgavus dijafragmai tokią padėtį raumenų kontrakcija galinti vėl atsigaivinti.

Norėdami palaikyti atitinkamą intraabdomininį spaudimą ir dijafragmos pakilimą, jie pagamino pilvo juostą, prie kurios yra pritvirtintas priegalvėlis (pelote); šitoji juosta, uždėta augščiau symphysis'o, suspaudžianti apatinę pilvo dalį; spaudimas reguliuojamas sraigtu.

Iš 25 ligonių 19-ai kvėpavimas žymiai palengvėjęs; 39% rodę plaučių vitalinio kapeciteto padidėjimą. Kvėpavimui gerėjant, intrapleurinis spaudimas (pakilęs) darąsis negatyvus ir artimas normai.

(Alexander ir Kountz: „The Amer. journ. of the med. Science". t. 187. Pagal „Pr. Méd." 1934. 101). *Gyd. Š. Markovičius.*

× **Bevilčiams ir labai sunkiems difterijos paralyžiams gydyti** siūlomos tokios **strychnino** dozės, kurios yra daug didesnės už maksimalines. Pro kilo kūno svorio vienai parai siūloma $^1/_2$—1 miligr. strychnino, padalinus visą tą kiekį į 6—8 davinius injekcijoms per 24 valandas Gydymas pradėtinas kaip galima anksčiau — dar ūminėje stadijoje. Pasirodžius apsinuodijimo reiškiniams, injekuotina barbirutinės rūgšties derivatų. Gydoma nemažinant davinių ne trumpiau kaip 50 dienų, nes, sumažinus davinius anksčiau, galį vėl pasirodyti paralyžiai.

Šiteip gydant pasiseką išgelbėti ligonis net bevilčių atsitikimu. (G. Paisseau, J. Braillon et C. Waille: Traitement des diphtéries malignes et graves par la strychnine à fortes doses. „Bull. Soc. Pédiatr." 1936 m. 33). *Gyd. J. Mockevičius.*

× **Syfilio gydymas endojodinu.** Dr. O. Haas syfiliui gydyti kaip vieną iš geresnių jodo preparatų, siūlo endojodiną (hexamethyldiaminoisopropanoldijodid). Šitame preparate jodas esąs susijungęs ne su anglimi, bet su azoto atomu. Skylant molekulei jodo išsiskyrimas einąs iš lėto ir dėl to jodizmo pavojus esąs sumažėjęs iki minimumo

Autorius endojodiną vartojęs syfiliui gydyti 40-čiai ligonių ir gavęs gana gerų rezultatų. Endojodinas turįs didelį afinitetą prie syfilinių audinių ir todėl greitai į juos įsisiurbiąs. Jo parazitotropiškas veikimas spirochetoms esąs nepakankamai didelis ir todėl pirmose syfinio stadijose nevartotinas. Endojodinas pirmių pirmiausia vartotinas luetiniams pakitimams vidaus organuose gydyti, kur apskritai silpna ligonio būtis neleidžianti panaudoti energingą salvarsan-bismuto gydymą. („Therap Berichte". 1935 m. 11 nr.). *Gyd. Gulbinas.*

× **Kepenų terapijos kombinacija su specifiška terapija.** Dr. P. L. Balina aprašo prigimtiniu syfiliu sergantį ligonį, turintį keratitis parenchymatosa oc. sin. ir gydytą neosalvars.+Bi, nuo kurio ligonio akis pasveikusi.

Po 2 mėn. pertraukos tos pačios akies keratitas su skausmais ir fotofobija pasikartojęs. Gydant kombinuotu neosalv. + Bi + Hg gydymu per 2 mėn. jokio pagerėjimo nebuvę. Akis pagijusi taikant kombinuotą neosalv. + Bi gydymą ir paskyrus kartu per os kepenų ir skilvio ekstraktus. („Therap. Berichte“. 1935 m. 11 nr.). *Gyd. Gulbinas.*

× **Farmakologiški ir farmakodinamiški tyrinėjimai apie salvarsano veikimą vaiko amžiuje.**

Kliniškai yra pastebėta, kad kūdikiai ir vaikai geriau pakelią salvarsaną kaip kad suaugusieji. Šita tolerancija pareinanti nuo salvarsano — 1) užsilaikymo kraujuje, 2) difuzijos greitumo iš kraujo į audinius, 3) perėjimo į retikulioendotelinę systemą, 4) sugrįžimo laiko iš audinių į kraujo apytaką ir 5) pašalinimo iš organizmo.

Dr. L. V. Dobszay ir dr. A. Banos, kūdikių ir suaugusiųjų tolerancijos skirtumui įrodyti, suleido intraveniškai 5 kūdikiams ir 5 vaikams po 0,01 neosalvarsano pro klgr. kūno svorio. Suleidus neosalvarsaną, jo koncentracijai kraujuje nustatyti, po 3—4 min., $^1/_2$, 1, 3, 4, 5 ir 6 val. buvo imamas kraujas ir tiriamas. Praėjus 30 min. po suleidimo pas vaikus buvę rasta 70%, pas kūdikius 30% įvesto į kraują neosalvarsano.

Pas kūdikius neosalvarsano koncentracija kraujuje krintanti iš karto ir staiga, toliau iš lėto ir vienodai, pas vaikus — iš lėto ir vienodai. Vadinasi, pas kūdikius per 30 min. po neosalvarsano įleidimo koncentracija kraujuje randama 2—$2^1/_2$ kartų mažesnė, negu vaikų ir suaugusiųjų, kas ir nulemią kūdikių toleranciją neosalvarsanui. („Therap. Berichte“. 1935 m. 11 nr.). *Gyd. Gulbinas.*

Doc. med. d-ras K. Oželis.

Mediko-sanitarinių įstatymų klausymu*).

Mano pasirinktoji tema gali ne vienam pasirodyti kiek nuobodi ir sukelti žiovulį, už ką aš iš anksto Tamstas atsiprašau.

V. D. Univ-to Medicinos Fakultetas išduoda diplomą ir suteikia gydytojo vardą, kai asmuo yra išklausęs 10 semestrų kursą ir yra išlaikęs įstatymais numatytus egzaminus, be teisės verstis medicinos praktika. „Vyr. Žin.“ 498 nr. yra paskelbtas medicinos gydytojų praktikos įstatymas, kurio 1 § skelbia, kad „vadintis gydytoju turi teisę asmuo, kuris yra gavęs medicinos praktikos teisę“. Vadinasi, asmuo, baigęs medicinos fakultetą ir įsigijęs gydytojo diplomą, dar negali vadintis gydytoju. Atrodo, kad įstatymas lyg ir prieštarauja Medicinos Fakultetui suteiktoms teisėms, ir todėl kyla neaiškumų.

To paties įstatymo 7 § sako, kad „gydytojas gali vadintis mokslo laipsniu ar titulu, kurį jis yra įsigijęs įstatymais numatyta tvarka“. Šitam įstatymui vykdyti Sveikatos Departamentas išsiuntinėjo apskrities ir miesto gydytojams aplinkraštį, kuriuo aiškina, kad medicinos daktaru gali vadintis tiktai toks gydytojas,

*) Pranešimas, skaitytas Gyd. „Fraternitas Lithuanica“ korporacijos 27 metiniame suvažiavime.

kuris yra gavęs mokslo laipsnį Lietuvos Respublikoje arba Rusijoje prieš 1918 m. vasario mėn. 16 d. Oficijalų aplinkraštį pasirašė D-to Direktorius, medicinos ir sanitarijos referentas ir Kauno m. gydytojas, padėdami prieš pavardę „Dr." (t.y. „Daktaras"), bet ne gydytojas, kaip tai įstatymo numatyta. Bet o, 19 § numato, kad „gydytojas, pasisavinęs mokslo laipsnį ar titulą, baudžiamas pinigine bauda ligi 500 litų".

„Vyr. Žin." 498 nr. paskelbtas „Ligoninių Įstatymas", kurio 4 § nurodo, kad „ligoninės vedėju gali būti gydytojas, turįs bent 3 metų gydytojo praktikos stažą. V. R. Ministeriui leidus, ligoninės vedėju gali būti ir mažesnio stažo gydytojas"; o 5 § pasakyta, kad „ligoninės vedėjas veda visus ligoninės medicinos, administracijos ir ūkio reikalus. Ligoninės vedėjo žinioje yra visas ligoninės medicinos, administracijos ir ūkio personalas". Įstatymas, kaip matome, paveda ligoninės vedėjui sunkias ir labai atsakingas pareigas. Ar 3 metų praktikos stažą turįs gydytojas jau yra pasiruošęs ir įsigijęs reikiamo patyrimo eiti atsakingas ligoninės vedėjo pareigas? Ar toksai stažas reikia laikyti pakankamu? Ar tai neduoda progos susimąstyti?

Šiandien apskritai vyrauja pažiūra, kad tik greičiau jaunimui būtų užleistas kelias. Ar kitose srityse tat įmanoma, nesiimu spręsti; tačiau mediko profesija reikalinga ilgų metų darbo, ilgo pasiruošimo ir patyrimo. Nereikia pamiršti, kad gydytojas, kuris pasiima vadovauti ar čia grynai medicini̇̀škoje, ar čia mediko-sanitarinėje bei administracinėje srityje, neša ne tik moralinį, bet civilinį bei baudžiamąjį atsakingumą prieš asmenį, visuomenę ir valstybę. Gydytojui, turinčiam tokį stažą, neišvengiamai teks pergyventi karčių valandų, kurios gali pakenkti visai tolimesnei jo karjerai, kai, V. R. Ministeriui pareikalavus, toksai ligoninės vedėjas bus pašalintas už padarytas klaidas, beeinant pavestas pareigas.

Be ilgesnių išvedžiojimų suprantama, kad vadovaują gydymo įstaigas ir darbą mediko sanitarinėje administracijoje (apskrities, miesto) gydytojai turi būti tinkamai pasiruošę, kaip gydytojai ir administratoriai, kuriems patikėtas visuomenės sveikatingumas ir viso jo žinioje dirbančio medicinos personalo kontrolė. Garbingos pareigos uždeda gydytojui ne vien administracinį ir juridinį, bet didelį moralinį atsakingumą, kuris dažnai nepasiduoda jokiai kontrolei, o jei ir pasireiškia prasilenkimų su gydytojo etika, tokiais atvejais mažai tereaguoja augštoji sanitarinė administracija; deja, tylėjimu pridengia ir kolegų kolektyvas, kuriam pirmiausia turėtų rūpėti kolegų etiniai klausymai ir moralinė jų elgsena, kadangi vieno kito kolegos netaktingas pasielgimas meta šešėlį visam gydytojų kolektyvui.

Dėl specijalybės „medicinos gydytojų praktikos įstatymo" 8 § sako, kad „gydytojas gali vadintis medicinos srities specialistu, įgijęs tą vardą V. R. Ministerio nustatyta tvarka".

Gydytojai specijalistai yra reikalingi, kadangi medicinos mokslas šiandien yra pasidaręs labai platus. Vienam įsigilinti į atskiras medicinos mokslo disciplinas jau nebeįmanoma. Lietuvoje šiandien yra įvairių medicinos mokslo šakų specijalistų, bet kuria tvarka jie yra įsigiję savo specijalybę, niek m nežinia. Pas mus dar kol kas nereikalaujama, kad specijalistai turėtų patikimą medicinišku teorinių ir praktinių žinių bagažą; specijalybei įsigyti taisyklių iki šiam laikui neturima, jokių normų nenustatyta — chaosas; juk jau metas būtų esami nenormalumai pašalinti ir susitvarkyti.

„Ligoninių įstatymo" 18 § numatyta, kad „viešoji ligoninė turi teisę skrosti mirusio joje stacijonarinio ligonio lavoną ligai moksliniams tikslams nustatyti, jei jos nebuvo galima nustatyti iš gyvo ligonio. Jei mirusysis buvo pareiškęs norą jo lavono neskrosti arba jei per 24 val. po mirimo tatai pareiškia jo giminaitis ar kitas jo artimas, kuris jį globojo, tai lavono skrosti negalima".

Paskelbtas įsakymas leidžia daryti lavono skrodimą tuo atveju, kada mirusiojo giminaitis ar globėjas yra sutikęs tai daryti. Žinoma, globėjų, ypač tam tikruose gyventojų sluogsniuose, šituo atveju nestinga. Smulkiai neapibūdinęs lavonų skrodimo galimumų įstatymas, reikia manyti, užkirs gydytojų tobulinimu'si ir tuo būdu medicinos mokslo pažangai kelią, o studentams medikams teks pusiau teoriškai studijuoti patologinės anatomijos pradai.

Žvilgterėję į pas mus veikiančią Karo Įstatų XVI knygą, rasime 51 ir 52 straipsnius, kur yra pasakyta: „Jei ligonis buvo pristatytas su apsinuodijimo, smurto ar išviršinių sužalojimų požymiais ir dėl jų mirė, tai viršininkas skiria lavono apžiūrėjimą, jei reikia, tai ir lavono skrodimą, prisilaikant teismo medicinos taisyklių. Panašiai pasielgiama, jei ligonis mirė, neišbuvęs ligoninėje 24 val. Išimtis daroma, kada siaučia epidemija. Lavono skrodimas daromas ir tuo atveju, kada ligonis mirė, išbuvęs daugiau kaip 24 val. ligoninėje, jei mirties priežastis nebuvo išaiškinta".

Kitų valstybių įstatymai, pav., sako, kad lavono skrodimas negali būti sulaikytas šiais atvejais: 1) kada reikia išaiškinti nelaimingus atsitikimus dėl epideminių susirgimų, 2) kada turima specijalius moksliškus pagrindus nuodugniai ištirti susirgimo procesą ir 3) teismo ir mediko-administraciniais atsitikimais.

Be to, Rusų Medicinos Taryba yra išaiškinusi, kad mokslo ir moksliškai praktiškais tikslais leistina mirusiųjų ligoninėse lavonus skrosti, neišlaukus 24 val. po mirimo, bet ne anksčiau kaip praėjus pusei val. po mirimo, kaip kad daroma Vakarų Europos kaikuriose klinikose; prieš lavoną skrodžiant, 3 gydytojų komisija surašo protokolą, nurodydama ankstyvo skrodimo reikalingumą ir neabejotinus mirimo įrodymus. Teippat Š. A. Jungtinėse Valstybėse tiksliai liguistiems pakitimams išaiškinti ir

apskritai moksliškais reikalavimais lavonų patologo - anatomiški skrodimai daromi artimiausiu laiku po mirimo.

Taigi, atrodytų, kad paskelbtu įstatymu išreikšti nuostatai dėl lavonų skrodimo turėtų būti peržiūrėti ir kiek galima praplėsti.

Nuo 1935 m. sausio mėn. 1 d. veikia „Mokyklų sanitarinės priežiūros įstatymas“, paskelbtas „Vyr. Žin.“ 478 nr., 3349 eil. Šito įstatymo 1 § sako, kad „mokyklų sanitarinė priežiūra ir jų mokinių sveikatos reikalai tvarkomi taisyklėmis to ministerio, kurio žinioje yra mokykla (mano pabraukta); 2 §: „Atitinkamas ministeris leistų kreditų apybrėžose — 1) nustato gydytojams atlyginti normas už teikiamą valdžios mokyklų mokiniams medicinos pagelbą, 2) gali duoti valdžios mokyklų neturtingiems mokiniams pašalpą medikamentams įsigyti“.

Nuo 1935 metų rugpjūčio mėn. 1 d. veikia „Pedagoginių institutų įstatymas“ („Vyr. Žin.“ 482 nr., 3370 eil.), kurio 1 § sako, kad „pradžios mokykloms mokytojai rengiami pedagoginiuose institutuose“, o 16 §: „klausytojų sveikatai tikrinti, susirgusiems gydyti ir jų sanitariniais reikalais rūpintis laikomas gydytojas“; tačiau gydytojas su mokomuoju personalu nieko bendro neturi ir pedagogų taryboje nedalyvauja. Hygijenos dalykus dėsto kitos rūšies specijalistas. Paruošiant mokytojus turėtų būti kreipiamas ypatingas dėmesys, kad jie tinkamai būtų susipažinę su mokyklos ir mokinių hygijena ir apskritai su socijalinės hygijenos pagrindais. Tatai galėtų atlikti tik gydytojas specijalistas, bet ne „kitos specijalybės mokytojas“, neturįs visapusiško pasiruošimo mediko-sanitarinėje srityje.

1935 m. gegužės mėn. 29 d. Švietimo Ministeris, pasirėmęs augščiau minėtu „Mokyklų sanitarinės priežiūros įstatymu“, paskelbė mokyklų sanitarinei priežiūrai ir mokinių sveikatos reikalams tvarkyti taisykles.

Šitų taisyklių 1 § nurodo, kad „sanitarinių sąlygų nustatymas ir kiti mokyklos sanitarijos ir hygijenos bendro pobūdžio reikalai tvarkomi taisyklėmis, nustatytomis, atsižvelgiant į bendrus sanitarijos ir hygijenos dėsnius ir vietos sąlygas. Šitas taisykles paruošia komisija (mano pabraukta), kurią sudaro mokyklos direktorius, vicedirektorius, gydytojas (kur galima miesto arba apskrities), kūno kultūros mokytojas ir hygijenos mokytojas“. Iš 16 § 4 punkto matyti, kad gydytojas gali būti kviečiamas į tokią komisiją ne daugiau kaip 2 kartus per metus. 2 §: „Sanitarinę mokyklos priežiūrą vykdo direktorius, vicedirektorius, klasių auklėtojai, kūno kultūros mokytojas ir hygijenos mokytojas“.

5 §: ...„Klasių auklėtojai taip pat tuojau informuoja mokyklos direktorių apie pastebėtus savo klasės mokinių apkrečiamomis ligomis susirgimus“.

6 §: „Apie mokinių susirgimus epideminio pobūdžio apkrečiamomis ligomis direktorius tuojau praneša miesto ar apskrities

gydytojui ir vykdo jo nurodytas priemones epidemijos plėtimuisi sustabdyti"...

9 §: „Susirgusiam mokiniui mokykla teikia medicinos pagelbą skirtų kreditų ribose, išskyrus vasaros atostogas".

11 §: „Mokyklos direktorius iš anksto susitaria su vienu ar keliais (kur tai galima) gydytojais žodžiu ar raštu dėl teikimo medicinos pagelbos. Nesunkia liga (kai nereikia gulėti) sergantis mokinys siunčiamas pas gydytoją į jo kabinetą; susirgus sunkia (kai reikia gulėti) liga leidžiama kviesti gydytoją į mokinio butą. Leidimus duoda direktorius".

13 §: „Tuo atsitikimu, kai mokinys simuliuoja ligą, norėdamas išvengti pamokų, gydytojui neradus ligos, kuri duotų mokiniui teisę būti atleistam nuo pamokų, direktorius gydytojui priklausomą atlyginimą išjieško iš mokinio".

14 §: „Mokinys, įtartas sergąs apkrečiama ar slepiama liga, gali būti mokyklos direktoriaus priverstinai pasiųstas pas gydytoją sveikatos patikrinti".

15 §: „...Visų mokinių sveikatos tikrinimai daromi du kartu per metus — mokslo metų pradžioje ir prieš jų galą. Tikrinimo duomenys surašomi į medicinos lapą".

„Mokslo metams pasibaigus mokyklos administracija (mano pabraukta) paruošia iš mokinių sveikatos lapų abiejų pusmečių sveikatos tikrinimo santrauką ir ją siunčia Kūno Kultūros Rūmams".

Atrodytų, kad naudingiau būtų, jei tokias metines santraukas darytų specijalistas, t. y. gydytojas, o ne asmuo, mažai toje specijalybėje tenusimanąs. Sveikatai patikrinti direktoriaus nuožiūra kviečiama vienas ar keli gydytojai.

17 §: „Kada mokinys serga chroniška arba kita kuria liga, reikalaujančia ilgo ar specijalaus gydymo, ir tais atsitikimais, kai reikia padaryti specijali operacija, gali būti atlyginta iki pusės, su gydytoju susitarus, atlyginimo Švietimo Ministerijai leidus, neišeinant iš leisto mokyklai sanitarijos reikalams kredito ribų".

Tie patys dėsniai taikomi ir dantų gydytojams. Tie patys dėsniai neturėtų būti taikomi dantų gydytojams. Mokiniams dantys turėtų būti gydomi nemokamai; į burnos ir dantų hygijeną turėtų būti kreipiamas ypatingas dėmesys, kadangi daugumos mokinių dantys yra nesveiki. Dėl dantų sutrikimo augančiame organizme greit gali pasireikšti mitybos srityje rimti negalavimai. Savo noru mokinys kreipsis į dantų gydytoją išimtiniais atsitikimais, o dėl reikalaujamo mokesčio dantų gydytojui ir tėvai pasistengs susilaikyti nuo mokinių dantų gydymo.

Iš įstatymo ir jam vykdyti taisyklių matyti, kad sanitarinė mokyklos ir jos aplinkumos (kiemo, aikščių) priežiūra, klasių mokinių skaičiaus nustatymas pagal jų dydį, mokyklos baldų sustatymas klasėse, pamokų tvarkaraščio sudarymas hygijenos atžvilgiu, privačių mokinių butų bei bendrabučių sanitarinių sąlygų nustatymas ir kiti mokyklos sanitarijos ir mokinių hygijenos

reikalavimui pakankamai gali būti vykdomi, turint komisijos išdirbtas trafaretines taisykles, kurias sustatant dalyvaus gydytojas. Nustatytomis taisyklėmis pasiremdamas, direktorius tvarko sanitarinę mokyklos priežiūrą per mokomąjį personalą — klasių auklėtojus, kūno kultūros ir hygijenos mokytojus. Du kartu per metus pakviesti gydytojai patikrina visų mokinių sveikatą; atsitiktinai susirgus, direktorius siunčia pas gydytoją į jo kabinetą arba leidžia gydytoją kviesti į mokinio butą, o chroniškai sergančiam, kai leidžia lėšos, sutinkama iki pusės atlyginti gydytojui. Išleistos vadovautis taisyklės, matyti, išimtinai yra taikomos augštesnėms mokykloms, kur yra direktorius, klasių auklėtojai, kūno kultūros ir hygijenos mokytojai, bet jos nepritaikomos pradžios mokykloms.

Palikdami nuošaliai pradžios mokyklas, pažiūrėkime, ar be gydytojo nuolatinių nurodymų ir kontrolės galima kiek sėkmingiau tvarkyti mokyklų sanitarinė priežiūra ir mokinių hygijena. Mano manymu, sanitarijos reikalai tegali būti tvarkomi tik specijalisto gydytojo; į jo kompetenciją, kas svarbiausia, turi įeiti ne tik mokyklos, bet ir mokinių hygijena, o tam reikia specijalaus pasiruošimo ir patyrimo. Tenka paabejoti, kad ir augštesniųjų mokyklų mokytojai tiek būtų pasiruošę sanitarijos, socijalinės ir asmens hygijenos srityje, kad galėtų pavaduoti gydytoją. Reikia manyti, kad kitų valstybių mokytojai apskritai turi ne mažiau žinių ir patyrimo už mūsų pedagogus, tuo būdu ir sanitarijos ir hygijenos srityje; tačiau mes matome, kad visose kultūringose šalyse mokyklų sanitarinė priežiūra ir mokinių individualė hygijena yra patikėta tik gydytojams. Gydytojas, kaip ir kitas mokomasis personalas, priklauso direktoriui. Jis yra artimiausis direktoriaus patarėjas sanitarijos ir hygijenos srityje, dalyvauja pedagogų taryboje, palaiko artimą kontaktą su mokomuoju personalu, stebi mokinių sveikatą; apžiūrint mokinius, kviečiami ir jų tėvai į gydytojo kabinetą, kuriems paaiškinama mokinių trūkumai ir kokių priemonių reikia imtis jiems pašalinti. Juk ne tiek svarbus mokinio gydymas, kiek jo sveikatos apsaugojimas nuo žalingų sąlygų profylaktikos reikalavimais, o augantis organizmas yra lepus. Mokinys turi būti visą laiką specijalisto stebimas ir laiku suteikiama reikalinga medicinos pagelba, nelaukiant, kada mokinys kreipsis į direktorių, prašydamas siųsti jį pas gydytoją. Mokiniai verčiami suburtame skaičiuje išbūti keletą valandų bendrama būste, kvėpuoti sutirštėjusiu ir pagedusiu oru; jie yra verčiami su mažomis pertraukomis išsėdėti suole po keletą valandų; naturalūs, laisvi judesiai suvaržyti, ypač tokiame amžiaus perijode, kada organizmas sparčiai auga; nepakankamas apšvietimas žaloja akis; artimas kontaktas vienų su kitais perduoda parazitinius ir infekcinius susirgimus. Drauge su fyziškais negalavimais neretai rūtuliuojasi ir psychiniai sutrikimai. Įvairių gabumų mokiniams taikoma vienoda programa, kurios prie geriausių norų visi tinkamai nesugebės išeiti. Šitos kelios

pastabos jau sudaro pakankamą pagrindą, kuris mus verčia visu rimtumu susirūpinti mokyklos sanitarine būkle ir mokinių sveikatingumu, jei nenorima mokyklinio amžiaus jaunimas, tautos ir valstybės ateities žiedas, nustelbti. Reikia imtis visų priemonių, kad tie mokyklos kenkėjai būtų nors ir nevisiškai pašalinti, tai bent kiek galima sumažinti.

Tai yra įmanoma įvykdyti, jei mokyklinio amžiaus jaunimas bus pavestas gydytojo nuolatinei mediko-sanitarinei kontrolei, kuris turės progos stebėti mokyklos sanitarinę būklę ir jos įrengimus, ypatingo dėmesio kreipdamas į mokinio kūno ir proto individualią hygijeną. Mokyklos gydytojo darbas gali būti įvairus ir visapusiškas. Visi liečiantieji mokyklas bei mokinius pedagoginiai, socijaliniai, jau nekalbant apie sanitarinius ir hygijeninius, klausymai turi būti sprendžiami dalyvaujant gydytojui.

Bendras gydytojų, mokytojų ir tėvų darbas, paremtas visišku vienas nuo kito supratimu bei tikru susirūpinimu šituo naudingu darbu, gali duoti gerų vaisių vaikų ir valstybės naudai.

Dabartinis mokyklų sanitarinės priežiūros įstatymas panaikino visus prieš tai veikusius įstatymus, kurie lietė gydytojų sanitarinę veiklą mokyklose. Šitas įstatymas, kaip matėme, įgalina du kartu per metus kviesti gydytojus mokinių sveikatai patikrinti, o susirgusius mokinius įgalina, direktoriui leidus, nemokamai kreiptis į gydytoją, kitaip tariant, mokiniams teikiama nemokama medicinos pagelba. Mokyklų sanitarine priežiūra rūpinasi direktorius, profylaktikos gi klausymai, susirgimų įspėjimas, mokinių kūno ir proto individualios hygijenos reikalavimai palikti, atrodo, be gydytojo priežiūros. Švietimo ministerija susirgimų įspėjimo, tai yra profylaktikos, klausymus, galima sakyti, lengvai išsprendė, pavesdama tais klausymais rūpintis mokytojams.

Pastariesiems, mano manymu, tenka daug atsakingesnis darbas, negu mums sanitarijos karininkams. Mums pavesta stebėti suaugusių individų kolektyvo sveikata, rūpintis jo profylaktika ir, laiku pastebėjus ligonį, teikti jam medicinos pagelba. Kariuomenė yra vieningas ir drausmingas kolektyvas; jam lengviau gali būti pritaikomos profylaktikos priemonės nekaip mokyklai. Kareivių netarpiškas mokytojas ir auklėtojas yra karininkas, kuris, mano manymu, daug augščiau stovi savo išsilavinimu, ne mažiau turi žinių iš hygijenos ir gyvenimo patyrimo negu eilinis mokytojas, nekalbant jau apie pradžios mokyklos mokytoją, kurio mokslinis bagažas toli gražu nepasižymi savo svoriu. Be gausaus prityrusių karininkų kadro, karių sveikatingumu rūpinasi specijalistai sanitarijos karininkai, o ne vien karininkai. Piliečiui Valstybė uždeda atlikti garbingas tautos gynėjo pareigas ir tuo būdu parodo rūpestingumą, kad nebūtų pakenkta jo sveikata.

Mano manymu, tarp kariuomenės ir mokyklos negali būti ryškių skirtumų. Vyriausybė deda pastangų, kad Lietuvos padangėje išnyktų neraštingumas, padarydama pradžios mokyklų lan-

kymą visiems privalomu. Vyriausybė nesigaili lėšų mokyklų statybai, joms laikyti ir reikiamam mokytojų skaičiui išlaikyti. Todėl šiandien su dideliu pasigėrėjimu reikia konstatuoti reikšmingas faktas, kad pradžios mokyklose yra suburti 249 665 mokiniai, augštesniosiose — 14.722 mokiniai, vidurinėse — 3.767 mokiniai ir mokytojų seminarijose — 228, iš viso, be augštosios mokyklos, 268.382. Iš jų Valstybė mano susilauksianti išmokslintų ir gerai išauklėtų kūnu ir siela sveikų piliečių, kurie ateityje ne tik galėtų išlyginti socialinį ir ekonominį balansą, bet padengtų padarytas išlaidas su kaupu, patikimais procentais. Valstybei ir visuomenei teks pakelti ant savo pečių didelius sunkumus, jei priaugančioji karta iš savo tarpo duos kiek žymesnį skaičių mažai vertingo elemento, kad ir išmokslintų, elgetų ir invalidų. Atvirkščiai, mums reikia sveikų ir energingų darbininkų ir tinkamų tėvynės gynėjų. Deja, naujokų kadrai mus įtikina, kad metai iš metų šaukiamieji atlikti karinę prievolę naujokai toli gražu negali pasigirti savo sveikata ir fyziniu subrendimu, o pastaraisiais metais atrodo net kiek silpnesni. Manau, kad šitas reiškinys neturėtų būti svetimas ir Švietimo Ministerijai, kurios globoje yra nemažas priaugančios kartos procentas. Augąs organizmas yra trapus, lengvai gali pasiduoti nepalankių gyvenimo sąlygų įtakai, mažiau, negu kad subrendęs organizmas, terodo atsparumo ūminėms infekcijoms.

Jei Valstybė, kaip esu minėjęs, nepašykštėjo lėšų mokyklų statybai ir laikymui, surado lėšų visai mokytojų armijai algoms išmokėti, nepasigailės tų trupinių profylaktikos reikalams, kad būtų apsaugota mokinių sveikata. Moksleivių sveikatingumo sąskaiton neturėtų būti taikomas toksai griežtas taupumas, kadangi jo padariniai gali skaudžiai paliesti gyventojų sveikatą.

Taigi, mokyklų mediko-sanitarinė priežiūra turėtų būti tvarkoma nė kiek ne blogiau kaip kad kariuomenėje. Šių dienų mediko-sanitarinė priežiūra turi plačių spragų, atrodo vienapusiška ir toli gražu nepakankama.

Mūsų krašto sveikatingumo reikalus tvarkant, nematyti vadovaujamos minties, nejaučiama mediciniško autoriteto. Šiandien jau tiek toli pažengta, kad mediko-sanitarinius klausymus tvarko ne specijalistai gydytojai, bet kitų sričių specijalistai. Pasukta iš tiesaus kelio į šuntakius...

Lietuvos gyventojų sveikatingumu oficijaliai rūpinasi V. R. Ministerija per savo žinioje turimą Sveikatos Departamentą, kuris su kitų žinybų sanitariniais organais palaiko kontaktą per Medicinos Tarybą. Jos sudėtin pirmininku įeina Sveikatos D-to direktorius, o nariais — Socijalės Apsaugos atstovas, Hygijenos Instituto direktorius, Karo Sanitarijos atstovas. Veterinarijos Departamento direktorius ir po vieną atstovą nuo Susisiekimo, Švietimo, Žemės Ūkio ir Teisingumo ministerijų. Prireikus Medicinos Taryba turi teisę kviestis ekspertus. Medicinos Tarybos sukviėimo inicijatyva priklauso Sveikatos Departamentui.

Nuo pirmųjų gimimo dienų Medicinos Taryba faktinai nieko apčiuopiamo nėra nuveikusi, greičiausia, todėl, kad nenorėta pasinaudoti jos nuomone, sprendžiant aktualius mediko-sanitarinius klausymus. Medicinos Tarybos buvimas beveik pamirštas, o gaila. Priešingu atveju, gal šiandien mediko-sanitarinių įstatymų srityje nekiltų tokių opių klausymų, su kuriais tenka susidurti, kaip, pav., gydytojo pavadinimas, gydytojo titulas ar laipsnis, ligoninės vedėjo stažas, lavonų skrodimo klausymas ir mokyklų sanitariniai klausymai. Be to, mediko-sanitarinių įstatymų srityje yra neužpildytų spragų, pav.: nėra gydytojų specijalybei įsigyti taisyklių; nėra taisyklių, kurios nurodytų apskrities ir miesto gydytojų kvalifikacijas; reikėtų suteikti tarnyboje pirmenybė medicinos daktarams, kad tuo būdu būtų paskatinti gydytojai tobulintis medicinos mokslo srityje; reikėtų išdirbti Gydytojų Rūmų Statutas ir t. t.

Mums kaip gydytojams turi gyvai rūpėti Valstybės sveikatingumas. Mes privalome gilintis į socijalinės hygijenos klausymus ir mediko-sanitarinių klausymų tinkamą sutvarkymą, nurodant pasireiškusius negalavimus. Mediko-sanitarinių reikalų tvarkymas gali būti pavestas ne kitam kam, bet tik gydytojams.

Dėl med. d-ro K. Oželio straipsnio „Mediko--sanitarinių įstatymų klausymu“.

Dėl gydytojo vardo.

Pagal „Medicinos gydytojų praktikos įstatymą“ gydytoju tegali vadintis asmuo, turįs medicinos praktikos teisę. Lenkijoje ir Vokietijoje gydytoju (lekarz, Artz) teippat tegali vadintis asmuo, turįs praktikos teisę. Vokietijoje diplomuotas asmuo, dar neturįs praktikos teisės, vadinasi medicinos kandidatu; galima būtų ir Lietuvoje tokia pačia prasme vartoti terminas „medicinos kandidatas“. Medicinos Fakultetas gali diplomo tekstą pakeisti savo nuožiūra. „Medicinos gydytojo laipsnio“ Fakultetas neturėtų davinėti, nes pagal įstatymą Medicinos Fakultetas tegali duoti vieną mokslo laipsnį, būtent, medicinos daktaro. Mano supratimu geriau visai nevartoti termino „medicinos gydytojas“, užtenka „gydytojo“. Įstatymo projekte buvo „Gydytojų praktikos įstatymas“, bet „Vyriausybės Žinių“ redaktorius pridėjo antraštėje „Medicinos“, o str. 1 „gydytojai“ paliko be priedo. Įstatymus ir privalomus įsakymus galutinai redaguoja „Vyr. Žinių“ redaktorius; privalomi įsakymai (taisyklės) „Vyriausybės Žiniose“ pasirodo ne tokie, kokius pasirašo Ministeris; juos perredaguoja „Vyr. Žinių“ redaktorius.

Dėl mokslo laipsnio ir titulo.

Mano nuomone „gydytojas“ ir „daktaras“ lietuvių kalboje sinonimai. Pereitų metų vasarą vienam gydytojui buvo teisme iškelta byla dėl pasivadinimo „daktaru“; teismas „daktarą“ išteisino. Turįs doktoratą asmuo gali vadintis „medicinos daktaru“.

Gydytojo specijalybės įsigijimo taisyklės ruošiamos; prašyta ir laukiama, kad pareikštų savo nuomonę Lietuvos gydytojų sąjungos atstovybė.

Straipsnį **apie lavonų skrodimą** redagavo Valstybės Taryba, pasinaudojusi kitų valstybių įstatymais.

Mokyklų mediko-sanitarinė priežiūra.

Rūpintis mokyklų mokinių sveikata įstatymais pavesta savivaldybėms ir tai ministerijai, kurios žinioje mokykla, ne Sveikatos Departamentui.

Medicinos Tarybos iš tikrųjų ligi šiol nebuvo. Pagal įstatymą Medicinos Tarybos nariais galima dabar pripažinti tiktai 1. Sveikatos Departamento direktorių, 2. Karo sanitarijos valdybos viršininką ir 3. Veterinarijos Departamento direktorių. Socijalės Apsaugos Inspektorius ir Hygijenos Instituto direktorius ne nariai Medicinos Tarybos, nes Rusijoje analoginių įstaigų nebuvo, todėl jos nepaminėtos įstatyme. 1925 m. Vidaus Reikalų Ministeris įsakymu mėgino įsteigti Medicinos Tarybą; bet įstatymo negalima pakeisti įsakymu. Įsakyme pasakyta: „kol bus... paskirti nuolatiniais medicinos tarybos nariais atskirų ministerijų atstovai... ir kol bus išrinkti nariai patarėjai, gali būti šaukiami tik privatiniai Medicinos Tarybos posėdžiai". Pagal tą įsakymą gali būti šaukiami tiktai 5 valdininkai. Ministerijų atstovai ligi šiol nepaskirti, todėl ir nariai patarėjai neišrinkti. Tarybos pirmininkas teippat nepaskirtas; Sveikatos Departamento direktorius pagal įstatymą tiktai paprastas Tarybos narys; todėl negalima sakyti, kad „Medicinos Tarybos sukvietimo iniciatyva priklauso Sveikatos Departamentui."

Sveikatos Departamento direktorius kartais sukviečia keletą gydytojų ir vaistininkų į pasitarimą, vadinamą Medicinos Tarybos posėdžiu; tačiau iš tikrųjų visai nėra teisinio pagrindo vadinti tokis pasitarimas Medicinos Taryba. Tokiame pasitarime dalyvauja paprastai tik vienas tikras Medicinos Tarybos narys — Sveikatos Departamento direktorius, o kiti pasitarimo dalyviai galima būtų vadinti tiktai ekspertais.

Gydytojų Rūmų įstatymo projektas jau senokai paruoštas; Ministerių Kabinetas tą projektą jau svarstė 1934 m. gruodžio mėnesį, bet dar nepriėmė galutinai.

Gyd. J. Maciūnas,
Sveikatos Departamento direktorius.

Dr. J. Varnauskas.

Dėl d-rų V. Kairiūkščio ir L. Gutmano straipsnių, įdėtų „Medicinos" 1935 m. 11 ir 12 nr. nr.

Labai įdomių straipsnių proga leidžiu sau padaryti keletą pastabų.

Pagal Europos, vadinasi, ir mūsų šalies, tradicijas gydytojas visuomet turi sakyti pacijentui tiesą, bet tąją tiesą jisai vargu ar visuomet gali pats žinoti.

Dabartinėje dijagnostikoje yra tiktai šiokia-tokia — nors ir labai didelė — dalis teisybės, retkarčiais pasiekiančios visą 100%. Pav., yra žinoma, kad teigiamoji WaR tiktai 70—80% rodo teisybę (lues'o atsitikimais). Kai dėl autorių išvardytų skrandžio vėžio atsitikimų, reikia priminti, kad pasinaudojus rentgeno ir kliniškojo tyrimo metodėmis (be bandomosios laparotomijos ir mikroskopijos) negalima, absoliučiai tvirtinant, atskirti skrandžio vėžio nuo, pav., šių naviku: fibroma, lipoma, myoma, myxoma, adenoma, papillosis ventriculi arba retroperitoneum'o bei omentum'o ir pan. auglių. Vadinasi, iškeltas klausymas iš esmės priklauso chirurgų kompetencijos: ir imant daiktus teip, kokie jie yra savyje, ir vadinant juos jų tikraisiais vardais, — visai netenka ir galvoti apie tai, — sakyti ligoniui teisybę ar jos nesakyti. Be to,

daugeliu atsitikimų, kai gydytojui reikėtų tarti „teisybės" žodis — savo darbą yra jau padaręs Hypnos arba besiartinąs jojo brolis Thanatos.

Kai dėl kazuistikos, tai kiekvienam gydytojui yra žinomi įvairūs kontrastiniai atsitikimai iš gyvenimo ir praktikos, pav.:

1. Inžineriui X. (sarcoma oesophagi) laiku pranešta apie jo ligos pobūdį. Bet jis dar turis pagyventi 5 savaites daugiau, negu jam gamtos lemta, kad spėtų baigti savo naudingą žmonijos labui darbą, kuris jau susiformavęs jo smegenyse, bet dar neišdėstytas popieryje. Prof. F. Sauerbruch daro jam gastrostomijos operaciją. Pacijentas baigia savo darbą ir miršta, praėjus vienai savaitei po to, patenkintas ir dėkingas.

2. Pacijentė J. (Miunchene): „Kam, tamsta (gydytojui), visą laiką sakai man netiesą. Tai labai bloga. Aš pati žinau, kad turiu skrandžio vėžį ir kad kitą trečiadienį (po 5 dienų) mes daugiau nebesimatysime". Ligonė mirė, kaip kad buvo spėjusi.

3. Ūkininkas Z. (Lietuvoje): „Aš vistiek greitai mirsiu. Jokio gydytojo pagelbos man nereikia". Po savaitės exitus letalis.

4. Iš mūsų laikraščių: „Vaikučiai, paruoškite karstą ir alaus, — po 3 dienų aš mirsiu". Ligonio noras buvo patenkintas. Seniukas mirė, kaip kad buvo sakęs.

5. Ligonis (gydytojas) S. apie gydytoją, kuris stengėsi jį raminti: „Šis kvailys ir nepastebi, kad aš mirštu", — ir, išėjus gydytojui iš ligonio būsto, po 5 minučių miršta. (Lietuvoje).

6. Karininkas X. fronte (Rusija): Gavęs įsakymą eiti atakon, iš baimės nusišovė.

Taigi, aišku, kad žmonės nevienodi ir medikams reikia elgtis su ligoniais teippat individualiai, kaip kad ir gyvenime, santykiuojant su įvairiais žmonėmis. Asmenybė turi būti sudaryta iš sveiko kūno, sveiko proto ir sveikos dvasios. Liguistas kūnas yra dalis jau disharmonuotos asmenybės. Gydytojai neturėtų aukoti pacijento proto ir dvasios reikalų mirštančio kūno naudai, svaigindami šituos pastaruosius neteisybe, panašiai kaip kad negalima gydyti kūno netikrais vaistais.

Biblijografija.

„KOVA SU DŽIOVA".

Draugijos kovai su tuberkulioze metraštis. 1935 m.

Jau 10 metai Dr-ja kovai su tuberkulioze leidžia laikraštį, pavadintą „Kova su Džiova", kuris paskutiniais dvejais metais pasirodo kaip vienkartinis didelio formato spaudinys. Redaktorius ir straipsnių autorius dr. K. Grinius.

Trumpai paminėsiu šito laikraščio turinį:

1) Draugijos kovai su tbc. visuotinio, metinio, jubilėjinio skyrių atstovų suvažiavimo, įvykusio 1934. XII. 8—9 d. Kaune, protokolas.

2) Centro valdybos darbai, iš kurio matyti, kad 1935 m. įsikūrė 2 nauji Dr-jos skyriai ir dabar Dr-ja turi jau 14 skyrių; buvo įteikti memorandumai Sveikatos Departamentui, kad Dr-jai būtų leista laikyti savo dispanseriai prie apskričių ligoninių ir kad apskričių ligoninėse būtų atskiros palatos sergantiesiems ątvira džiova. Švietimo Ministerijos buvo prašyta mokyklose nuo pradžios iki augštosios turėti kompetentingus gydytojus, kurie griežtai sektų pedagogų ir moksleivių tarpe pasireiškiančius tuberkuliozinius susirgimus.

3) Draugijos kovai su tuberkulioze skyrių darbai čia smulkiai aprašyti. Be kitko, pažymėtina, kad Kauno skyrius savo sanatorijoje A. Pane-

munėje norėjo suorganizuoti gydytojams savaitinius pasitobulinamuosius kursus, bet dėl permažo klausytojų skaičiaus kursai neįvyko. Kaune pradėti 1935 m. pirmutiniai bandymai su B. C. G. skiepais. nors įskiepytų vaikų neizoliavo, nes nebuvo tinkamos vietos.

Du platūs d-ro Griniaus straipsniai apie tbc. dispanserį ir apie kovą su džiova Kaune, kuriame išdėstyti svarbiausi kovai su džiova 1924—1934 metais pesireiškusieji veiksniai. Dėl oficijalios statistikos išvadų apie mirtingumą nuo tbc., kuris parodytas mažas ir dėl to nepatikėtinas, autorius žiūri skeptiškai. Dabar eina Lietuvos urbanizacija, o statistikos metraščiai naudojasi 1923 m. gyventojų surašymo duomenimis ir natūraliu gyventojų prieauglium; tai dar labiau mažina statistikos išvadų vertę; liūdna, kad mūsų statistika teip šlubuoja, ir mes dar ilgai negalėsime žinoti, ar mirtingumas džiova eina pas mus mažyn ar ne.

Kaip gausus šaltinis žinių, išdėstytų populiaria forma apie kovą su tbc. Lietuvoje, metraštis rekomenduotinas susipažinti ne tik kiekvienam gydytojui, bet ir visuomenės darbuotojui. *Dr. V. Tercijonas.*

Kronika.

NEKROLOGAI.

× **Mirė:** 1) SSSR 1935. VII. 7 d. — prof. P. I. Filosofov. — 2) Maskvoje 1935. VIII. 26 d. — prof. A. N. Gagman. — 3) Adis Abeboje sužeistas italams bombarduojant švedų ligoninę — gyd. Lundstrem. — 4) Berne — prof. Luscher, olo-rino-laryngologas, 72 metų amžiaus. — 5) Štutgarte — prof. Lange, 70 metų amžiaus. — 6) Anglijoje — Art. Tomson, anatomas, 77 metų amžiaus.

× **Lietuvoje mirė** dr. Al. Lurje, Kauno m. žydų ligoninės chirurgijos skyr. vedėjas, sulaukęs 55 m. amžiaus. Apie velionį plačiau bus pranešta vėliau.

AUGŠTASIS MEDICINOS MOKSLAS.

× **Med. gydytojo diplomą** yra gavę šie asmens: Antanas Antanaitis, Dovydas Arulianskis, Borisas Bandas, Chononas Goldbergas, Antanas Kaminskas, Šimenis Laznikas, Algirdas Maciūnas, Petras Stungis ir Emilija Ševelinskaitė.

× **Dantų gydytojo diplomą** yra gavę šie asmens: Leja Cindelytė, Feiga-Peša Joselzonaitė ir Serafima Kocenaitė - Sukarevičienė.

× **Medicinos kandidatais** pripažinti Vladas Lelevičius ir Chaimas Perkulis.

× **Odontologijos kandidate** pripažinta Bronislava Švilpaitė-Račiūnienė.

× **Dr. J. Žemgulys** padovanojo V. D. Univ-to Medicinos fakultetui kelias dešimtis tomų „Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie".

× **Doktorizuotis** prileisti gydytojai V. Baronas ir Kr. Gudaitis.

× **Doktorandu** pripažintas gyd. J. Kairiūkštis, išlaikęs nustatytus egzaminus.

× **Jaun. Medicinos fakulteto personalas:** Gyd. J. Šegamoga išrinktas akių kl. preparatorium; gyd. Ant. Kaminskas išrinktas odos ir vener. kl. jaun. asistentu; gyd. Gilde-Ostachovienė atleista iš vaikų klinikos neetatinio asistento vietos.

× **Priv. doc. dr. Br. Sidaravičius** nutarta pakelti į docentus.

× **Priešcheminės apsaugos kursas** pavesta dėstyti asistentui Žvirėnui, pr. doc. Br. Sidaravičiui, doc. K. Oželiui, vyr. asist. Girdzijauskui ir vyr. asist. V. Kauzai.

× **Veterinarijos institutas** projektuojama šiaip suorganizuoti: pirmieji du kursai būsią klausomi kartu su Medicinos fakulteto studentais, išskyrus gyvulių anatomiją, kuri būsianti dėstoma skyrium; III-čias ir IV-tas kursai būsią suorganizuoti prie Veterinarijos bakterijologijos instituto Vilijampolėje.

KONGRESAI, DRAUGIJOS, ĮVAIRENYBĖS.

× **Liet. Gydytojų Sąjungos atstovų suvažiavimas** šaukiamas 1936 m. kovo mėn. 8 d. V. D. Univ-to Medicinos fakulteto didžiojoje auditorijoje Mickevičiaus g. 7 nr.). Pradžia 9 val. ryto.

Įeinančios į L. Gyd. Sąjungą organizacijos siunčia po 1 atstovą nuo 15 narių.

Darbų tvarka bus vėliau paskelbta.

× **VI-sis nacijonalinis visos Turkijos gydytojų kongresas** buvo 1935 m. spalių mėn. Kongrese SSSR 3 profesoriai darė pranešimus: Prof. N. N. Burdenko — apie kaikurių reumato formų gydymą, pašalinant gl. parathyreoideae, ir apie plėtotę bei dabartinę neurochirurgijos būtį SSSR; prof. R. A. Lurija — apie naujas reumato gydymo metodes pagal Speranskij'į ir apie skrandžio opinį susirgimą; prof. G. M. Daniševskij — apie reumato gydymą ir šito klausymo teorinio sprendimo būtį SSSR.

× **Kauno žydų gydytojų susirinkimas** pasaulinio žydų gydytojų kongreso reikalu buvo neseniai „Oze" salėje Kaune.

Kongresas bus 1936 m. birželio mėn. 27 d. Tel-Avivoje, Palestinoje, su šitokia oficijaliąja darbų tvarka:

1) Žydų sanitarija įvairiuose kraštuose, 2) kova su infekcinėmis ligomis ir epidemijomis Palestinoje; 3) steigimas medicinos fakulteto prie hebrajų universiteto Palestinoje; 4) profesiniai žydų gydytojų reikalai įvairiuose pasaulio kraštuose; 5) moksliški klausymai.

Lietuvos žydai gydytojai nutarė į tą kongresą nusiųsti savo atstovus.

× **Karo sanitarijos draugijos posėdis** buvo 1935 m. sausio 22 d. Karo ligoninėje.

Dienotvarkė: 1) ligonių demonstravimas; 2) gyd. pulk. Marcinkus: Trachoma Lietuvoje. Ryškus trachomos dažnumas naujokų tarpe ir geografiškas jos išsiplėtimas; 3) gyd. kap. Kazakevičius: Pranešimas apie komandiruotę į Švediją; 4) einamieji reikalai.

× **Įsteigtas L. Raud. Kryžiaus skyrius Šiauliuose.** Pagal naująjį įstatymą Lietuvos R. Kryžius turi teisę steigti savo skyrius provincijoje. Pirmas toks skyrius įsteigtas Šiauliuose. Skyriaus valdybą sudaro pirm. dr. M. Baktys, vicepirm. — Konst. Kalendra, sekr. — plk. dr. Domarkas, iždininkas — J. Valančius ir valdybos narys — dr. Z. Rudaitis.

× **Keliamas veterinarijos ligoninės klausymas.** Kauno mieste yra įregistruota 816 arklių, 1350 šunų ir daug kitų žmonių laikomų gyvulių ir paukščių, kuriems gydyti nėra ne tik veterinarijos ligoninės, bet ir ambulatorijos. Kauno miesto burmistras A. Merkys kreipėsi į vyriausybę, prašydamas paremti projektuojamą savivaldybės tokios ligoninės statymą. Ligoninė pastatyti kaštuotų apie 170.000 litų.

× **Milžinas laivas - ligoninė Italijoje.** Italų laivininkystės bendrovė „Lloyd Triestino" parengė naują laivą - ligoninę „Gradisca", kuris, būdamas 20.000 tonų talpos, yra didžiausias tos rūšies italų laivas. Italai jau turi keturis sanitarinės tarnybos laivus. „Gradisca" turi 754 lovas ir jis yra aprūpintas visais moderniškais sanitariniais įrengimais.

× **Čilės gydytojai už sterilizaciją.** Valparaise buvęs Čilės gydytojų kongresas pasisakė už sterilizacijos įvedimą.

× **Vitaminų institutas SSSR.** Leningrade pradėjo veikti visos Rusijos moksliškai tiriamasis vitaminų institutas, skirtas daugiau mitybos ūkiui. Iš Prancūzijos pakviestas institute dirbti žymus vitaminų specijalistas dr. Lederer. Institutui pavestas „Politkatoržanin'o" fabrikas, kurio rekonstrukcijai paskirta daugiau kaip 2 mil. rublių. Bus gaminami A-, B_1-, C- ir D- vitaminai, bus vitaminuojama maistas, saldainiai, bealkoholiniai gėrimai.

× **Po 20 metų Latvijoje nebebūsią raupsuotųjų.** Dviejų Latvijoje esančiųjų leprozorijumų Rygoje ir Talsache vadovybė praneša, kad raupsuotųjų skaičius mažėjąs: 1934 m. sausio mėn. 1 d. abiejuose leprozorijuose buvę 218 ligonių, o 1935 m. tuo pačiu laiku — 209, o dabar — 202. Todėl po 20 metų raupsuotųjų nebebūsią.

× **Bremer'o teorija vėžiui dijagnozuoti pravirto.** Vokietijos sveikatos apsaugos biuro pirmininkas prof. Reiter pranešė, kad šito biuro paskirtoji komisija rado, kad dr. Bremer'o aprašytasis bacilas yra, bet negalima rasti sąsyjo tarp to bacilo ir vėžio. Komisija konstatuoja, kad Bremer'o metodė neturinti jokios reikšmės vėžio susirgimui nustatyti.

× **Vaikų „minimum" Vokietijoje.** 44 vokiečių politikos vyrai ir rasistų vadai išleido atsišaukimą, kuriame kviečia kiekvieną vokietį... turėti keturis vaikus „minimum".

× **Nepagydomi ligoniai galės prašyti, kad juos žudytų.** Anglijoje yra daug įtakingų ir žymių žmonių, kurie nori pravesti įstatymą, pagal kurį nepagydomi, baisias kančias kenčią, ligoniai turi teisę prašyti, kad juos pribaigtų. Jau paruoštos kaikurios to įstatymo detalės. Ligonis, noris pagreitinti mirtį, turi paduoti raštišką prašymą. Jo parašas turi būti patvirtintas dviejų liudininkų ir vienas iš tų liudininkų turi būti arba advokatas, arba gydytojas, arba kunigas.

Prie prašymo turi būti pridėti dviejų gydytojų liudijimai, kad ligonis serga nepagydoma ir labai skaudžia liga. Paskui tam tikras valdininkas turi aplankyti ligonį ir įsitikinti, kad visi duomenys tikri. Tik po to gydytojai gali vykdyti ligoniui jo paties pasirašytą ir pageidaujamą mirties sprendimą.

× **Nuoširdumo serumas.** Metiniame chemikų suvažiavime Liverpule dr. Henri Rods darė pranešimą apie jo išrastąjį serumą, kurį jis pavadino „nuoširdumo serumu". Įšvirkštus šito serumo po oda, žmogus sakąs teisybę.

× **Savižudysčių miestas.** Vengrijos sostinė Budapeštas visame pasaulyje užima pirmąją vietą savižudysčių gausumu. 1932 m. šitame mieste vidutiniškai kasdien nusižudydavo 6 žmonės, 1933 m. — 9, 1934 m. — 13, 1935 m. — 41. („Klin. Med." 1935 m. 10 nr.).

× **Institutas kovai su savižudybėmis** pereitais metais įsteigtas Vienoje, sąsyjyje su gausėjančiomis savižudybėmis. Bazelio „National-zeitung" aprašo šito instituto veikimą. Savižudybės kandidatas šitame institute siunčiamas iš vieno kabineto į kitą, kiekviename kabinete jisai „psychologiškai veikiamas" gydytojų psychijatrų, dvasininkų ir kt. Savižudybių priežastys ten skirstomos į šitokias rūšis: „skurdas ir nedarbas", „neišgydoma liga", „nelaiminga meilė", „psychinis pakrikimas" ir t. t. Dauguma savižudysčių tenka „skurdo ir nedarbo" priežasčiai. Institute įregistruotas ir 10 metų amžiaus vaiko nusižudymas, kurį instituto vadovybė aiškina bloga bedarbių šeimos psychine atmosfera. Nors institutas ir turi „mokslinę bazę", bet negali pasigirti pasisekimu, nes „morališkas veikimas" savižudybių skaičiaus nesumažina.

× **Italų valdžios pastangos didinti gimimų skaičiui neturinčios pasisekimo.** 1934 m. Italijoje buvo daug mažiau gimimų negu 1933 m. 1935 m. pirmaisiais 4 mėnesiais reiškiasi naujas gimimų skaičiaus kritimas, nes įregistruota 8.438 gimimais mažiau negu pereitais metais per tą patį laiką; o mirimų skaičius, priešingai, per tą laiką padidėjo 28.832 negu pereitais

metais. Sutuoktuvių skaičius 1935 m. per pirmuosius 4 mėnesius 6.265 sumažėjo negu pereitais metais per tą laiką. („Vrač. Delo“ 1935 m. 8 nr.).

× **Centriniuose Europos miestuose gimimų skaičius kaskart vis krinta, kas matoma iš šios lentelės:**

Miestuose	Iš 1000 gyventojų gimė		
	1900 m.	1925 m.	1931 m.
Vienoje - - - - - -	31,7	13,9	8,8
Osloje - - - - - -	36,4	13,4	8,8
Berlyne - - - - - -	20,7	11,7	8,8
Briuselyje - - - - - -	21,8	12,5	9,9
Stokholme - - - - - -	25,3	12,5	10,7
Miunchene - - - - - -	35,9	14,3	10,8
Paryžiuje - - - - - -	21,2	16,2	13,6
Milane - - - - - -	25,6	14,6	14,8
Londone - - - - - -	29,0	17,9	15,0
Amsterdame - - - - -	20,9	19,4	16,7
Varšuvoje - - - - - -	35,3	22,7	17,6

(„Vrač. Delo“ 1935 m. 8 nr).

× **Prancūzijos tautinis nebylių institutas naudoja savo mokymo systemai Amerikos mokslininko Liber'o aparatą,** kurio pagelba nebyliai galį girdėti. Prie nebylio ausies pridedama plona plokštelė, kuri virpa nuo magnito, prijungto prie mikrofono.

Šito Prancūzijos nebylių instituto mokymo systema yra ši: 1) skaityti iš lentos arba iš knygos, 2) iššifruoti dėstytojo lūpų judesius, 3) atvaizduoti pirštais šitų judesių prasmę, 4) kas suvokta, išreikšti popieryje. Tuo pačiu metu naudojamas Liber'o aparatas. Dėstytojas rašo žodžius ant lentos ir taria juos (judindamas lūpas): mokiniai suvoktus žodžius išreiškia popieryje, o elastiškai virpanti plokštelė perduoda jiems žodžius, tariamus į mikrofoną. Paskiau palaipsniui praleidžiamos pirmosios priemonės ir paliekami tik skambą žodžiai, kurių prasmė nebyliams darosi suprantama. („Vrač. Delo“ 1935 m. 9 nr.).

× **Žmogus galėsiąs gyventi šimtmečius.** Nobelio laureatas dr. A. Karrel New Yorko medicinos akademijoje darė pranešimą apie priemones pratęsti žmogaus gyvenimą beveik iki begalybės.

Ateisiąs laikas, kai žmogų galima būsią apmarinti ilgesniam ar trumpesniam laikui, paskui jį vėl laikinai atgaivinti ir tuo būdu padaryti, kad jis galėtų gyventi ištisus šimtmečius. Tai, kas dabar atrodanti svajonė, po kelerių metų galį virsti tikrove. Mokslas jau žino gyvius, kurių organizmas sustoja veikęs; pabuvę kelis mėnesius anabijozės būklėje, tie gyviai, suvilgyti vandenyje, vėl atgyja. Tas pat galį būti padaryta ir su žmonėmis.

Dabar Rookfeller'io institute, kuriame dirba ir Karrel, daromi bandymai su 23.000 pelių. Racijonalizavus jų maistą pasiekta, kad kaikurios pelės gyvena 42 mėnesius; tai atitinką žmogaus gyvenimo 120 metų.

× **Išrasta priemonė pagreitinti vaikų augimui.** Jac Odiné Paryžiaus terapeutų susirinkime padarė pranešimą apie savo bandymus su thymus'o liauka.

Odiné yra stebėjęs, kaip jauni gyvuliai, šeriami maistu, į kurį įmaišyta thymus'o liaukos, daug greičiau augą.

Tokie pat eksperimentai buvę daryti ir su žmonių vaikais, kurie, veikiami thymus'o liaukos ekstrakto, teippat greičiau augą.

Kituose kraštuose šitie bandymai sėkmingai esą padaryti jau anksčiau.

DARBO PAJAMŲ MOKESČIO REIKALAIS.

× **Savarankišku darbu užsiimančių asmenų pajamoms įsigyti vidutiniškųjų išlaidų normos** 1936 metams nustatytos šios:

SPECIJALYBIŲ PAVADINIMAS	Kaune								Apskričių centriniuose miestuose							Kitose vietose			
	Darbo pajamų didumas																		
	Ligi 5.000	5 000—10.000	10.000—15.000	15.000—25.000	25.000—40.000	40.000—60.000	60.000—80.000	Virš 80 000	Ligi 5.000	5 000—10.000	10.000—15.000	15.000—25.000	25.000—40.000	40.000—60 000	60.000—80.000	Ligi 5.000	5.000—10.000	10.000—15 000	15.000—25.000
	Darbo pajamoms įsigyti išlaidos ⁰₀%																		
1. Med. gydyt. internistai, pedijatrai ir nervų ligų - - -	38	28	27	25	23	16	12	—	23	20	18	16	12	—	—	20	17	15	12
2. Med. gyd. okulistai	38	29	28	25	23	17	12	—	24	20	18	16	12	—	—	20	17	15	12
3. Med. gyd. otorhinologai ir venerologai	39	32	30	26	24	19	13	—	24	21	19	16	12	—	—	22	19	16	13
4. Med. gyd. chirurgai ir gynekologai - -	40	33	31	27	25	20	14	—	25	22	20	17	13	—	—	—	—	—	—
5. Med gydytojai rentgenologai - - -	52	48	41	35	30	24	22	—	26	24	22	18	16	—	—	—	—	—	—
6. Med. gyd. su akušerine-gynekologine ligonine - - -	—	—	90	82	73	70	68	64	—	—	75	72	70	68	64	—	—	—	—
7. Med. gyd jai su chirurgine ligonine -	—	—	88	80	71	68	66	62	—	—	73	70	68	66	62	—	—	—	—
8. Med. gyd. su vid. vaikų ar nervų lig	—	—	85	77	68	65	63	59	—	—	70	67	65	63	59	—	—	—	—
9. Dantų gydytojai -	48	43	40	38	35	—	—	—	42	40	35	30	—	—	—	35	30	25	—
10. Veterinarijos gyd	20	18	15	—	—	—	—	—	14	10	8	—	—	—	—	12	9	7	—
11. Med. felčer. ir akušerės - - - - -	20	15	10	—	—	—	—	—	15	13	10	—	—	—	—	13	10	—	—
12. Veter felč. ir techn.	15	11	—	—	—	—	—	—	11	8	6	—	—	—	—	10	7	—	—
13. Gailesting seserys	12	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—

Med. gydytojų su ligoninėmis nurodytos vidutiniškųjų išlaidų normos (6, 7 ir 8 p.p.) bus išskaičiuojamos tik iš pačios ligoninės pajamų. Šitų gydytojų ambulatorinėms pajamoms bus pritaikomos vidutiniškųjų išlaidų normos, nurodytos 1, 2, 3, 4 ar 5 punkte.

I pastaba. Jei didėjant darbo pajamoms nustatytas mažesnis išlaidų %, tai išlaidų suma nustatoma ne mažesnė. negu išlaidų suma, išskaičiuota iš artimiausios mažesnės pajamų skilties maksimalės sumos, atitinkamu toje skiltyje nustatytu %.

II pastaba. Jei didėjant darbo pajamoms nustatyta didesnis išlaidų %, tai išlaidų suma negali būti didesnė, negu išlaidų suma, išskaičiuota iš artimiausios mažesnės pajamų skilties maksimalinės sumos žemesniu % ir padidinta darbų suma, dėl kurios imamas didesnis išlaidų %.

MED. GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Gydytojų žinios apie tarnautojo sveikatą žyminiu mokesčiu neapmokama.** Valstybinės įstaigos tarnautojui susirgus, įstaigų viršininkai

reikalauja iš jo pateikti gydytojo liudijimą. Kadangi įstaigai svarbu patirti, ar tarnautojas rimtai serga, tai kaikurios įstaigos susirgusį tarnautoją siunčia pas gydytoją su tam tikru ligonio lapeliu, kurį užpildo gydytojas. Policijos departamentas ėmėsi iniciatyvos ir prašė mokesčių departamentą išaiškinti tų lapelių apmokėjimo žyminiu mokesčiu reikalą. Mokesčių departamentas išaiškino, kad šiuo atveju (ligonio lapeliui) žyminio mokesčio nereikia.

× **Ligoninių vedėjais ir gydytojais žydai negali būti.** Vokiečių vidaus reikalų ministeris išleido dekretą, kuriuo paaiškinamas Vokietijos pilietybės įstatymas. Juo nustatoma, kurie žydai gali būti laikomi, pagal Vokietijos pilietybės įstatymą, valdininkais ir viešos tarnybos atstovais. Vidaus reikalų ministerio dekretu, be kitko, nustatoma, kad žydai negali būti viešų ligoninių vedėjais ir gydytojais. Nuo 1936 metų kovo 31 d. žydai iš tokių vietų turės pasitraukti.

× **Palestinoje 1.500 gydytojų,** kurių 1.300 žydų, kiti arabai, anglai ir t. t. Iš tų 1.300 žydų 331 atvažiavo iš Vokietijos, 229 iš SSSR, 197 iš Lenkijos ir t. t.

× **Vokietijoje ruošiamas gydytojų tobulinimo įstatymas,** pagal kurį visi gydytojai, turį mažiau kaip 60 metų, turės perijodiškai pasitobulinti universiteto klinikose, lankyti tobulinamuosius kursus.

× **Vengrijoje priskaitoma 9.500 gydytojų,** o gyventojų $8^{1}/_{2}$ mil., tuo būdu 1 gydytojui tenka 900 žmonių. Kasmet 4 universitetai išleidžia 300 gydytojų ir šitas skaičius praneša gydytojų pareikalavimą į vietą mirusių ir atsisakiusių nuo praktikos. Gydytojų paskirstymas krašte nelygus, nes tik viename Budapešte susitelkė 4.000 gydytojų. Materijalė gydytojų būklė gana sunki, klinikų asistentų ir augštos kvalifikacijos gydytojų atlyginimas ne didesnis už algas smulkių valdininkų. 3.000 gydytojų tarnauja ligonių kasose ir valstyb. tarnyboje. 1.200 gydytojų darbuojasi miestų savivaldybėse, dalis klinikose ir ligoninėse. Daugiau kaip $^{1}/_{3}$ visų gydytojų verčiasi privatine praktika, kuri paskutiniais metais dėl ekonominės krizės labai sumažėjo. („Sov. Ped." 1935 m. 11 nr.).

Dr. Tercijonas.

× **Tarptautinės premijos už darbus oftalmologijoje.** Pirmoji tarptautinė 20.400 lirų (1.400 dolerių) premija teko Romos okulistui S t r a m p e l l i už jo bijomikroskopiškus ir histologiškus kataraktos tyrimus poliarine šviesa. Antroji premija teko N o r d m a n'ui iš Strasburgo už fyziko-chemiškus lęšiuko tyrimus sveikiesiems ir ligoniams. („J. Am. med. Ass." 1935 m. 104 t. 6 nr.).

× **Sveikatos apsaugos komiteto prie Tautų Sąjungos vietoje mirusio nario prof. Bernara** paskirtas prof. P a r i s o iš Nansi. („Br. med. J." 1935 m. 3868 nr.).

× **Gydytoją prašo paskelbti palaimintuoju.** Neapolio gyventojai neseniai nusiuntė prašymą bažnytinei vyriasybei, kad ji paskelbtų palaimintuoju mirusį prof. G i u s e p p e M o s c a t t i, kuris buvęs didelis žmonių geradaris. Jis, pats būdamas gana neturtingas, gydydavęs ligonius beveik nemokamai. Žmonės jį laikė tiesiog šventuoju ir dabar gausiai lanko jo karstą Neapolio jėzuitų bažnyčios kriptoje.

× **Centrinis gydytojų tobulinamasis institutas** Maskvoje ruošia nemokamas paskaitas gydytojams iš pastarųjų medicinos mokslų laimėjimų. („Klin. Med." 1935 m. 12 nr.).

× **1935 m. RSFSR liaudies sveikatai apsaugoti išleido 5.380 naujų specijalistų.** 1935 m. RSFSR narkomzdrav'o 32 institutų pirmuosiuose kursuose įregistruota 16 tūkstančių klausytojų. („Vrač. Delo" 1935 m. 8 nr.).

SVEIKATOS REIKALAIS.

× **Sveikatos dep-to žinios apie limpamąsias ligas Lietuvoje 1935 m. gruodžio mėn.:** typhus abdom. 72(8), paratyphus 15(1), typhus

exanth. 62(4), morbilli 175, scarlatina 124(5), pertussis 79(2), diphtheria 229(11), influenza 561, erysipelas 38, poliomyelitis et polyoencephalitis ac. 7 (4), enceph. leth. epid. 2(1), mening. cerebr. spin. epid. 9(3), lyssa 1, tuberculosis 208(7), lepra 2, venerinėmis ligomis 464 (lues 160, gonorrhoea 304), varicella 33, trachoma 197, parotitis epid. 190, febris puerperalis 17(1), septicopyaemia 4(1), scabies 34. (Skliauteliuose pažymėti mirimai).

× **Dėmėtoji šiltinė plečiasi.** Leipalingio, Kapčiamiesčio, Veisėjų ir Merkinės valsčiuose gana didelis skaičius gyventojų staiga susirgo dėmėtąja šiltine. Pasak vietos administracijos, ligą atnešusi klajojanti čigonė, kuri užkrėtusi vieną šeimą, o šios šeimos vaikai pradžios mokykloje perdavę ligą kitiems.

× **Nematyta liga Stakių mokykloje. Stakiuose,** Raseinių ap., Vaičinškų pr. mok. mokiniai pradėję sirgti kažkokia keista liga. Pirmiausia patinsta kojos, pakyla temperatūra, vėliau visą kūną išverčia didoki šašai. Jau serga pusė mokyklos. Kadangi gydytojo apylinkėje nėra, tai gydosi, nors nežinodami kas per liga, kas kaip išmano.

× **Maras Indijoje.** Indijoje Bombėjaus apylinkėse siaučia maras, įregistruota 193 mirimai.

× **Atidarė penkias veneros ligų ambulatorijas.** Telšių apskrities savivaldybė šiemet įsteigė penkias naujas veneros ligų ambulatorijas, kurios jau atidarytos ir pradėjo veikti: Telšiuose prie apskrities saviv. ligoninės, Plungėje, Rietave, Luokėje ir Varniuose.

× **Telšiuose pradėjo veikti akių ambulatorija.** Apskr. savivaldybė Telšiuose įsteigė akių ambulatoriją, kuri jau pradėjo veikti. Naujai įsteigtą ambulatoriją veda dr. M i k u l s k i s.

× **Pernai L. R. Kr. Kauno ligoninėje buvo 1.674 gimdymai.** Lietutuvos Raud. Kryžiaus Kauno ligoninėje pernai gydėsi 3.867 ligoniai — 3.860 moterų ir 7 vyrai. Ilgalaikiai ligoniai ligoninėje išbuvo 44.109 dienas. Poliklinikoje atsilankė 3.562 žmonės. Ligoninėje buvo 1.674 gimdymai. Padarytos 283 didelės operacijos, 639 mažos, 5.431 mikroskopiniai, cheminiai ir klinikiniai tyrimai.

× **Niu-Jorke kasmet mirštą 50 tūkstančių žmonių dėl medicininės pagelbos stokos,** kadangi 70% šeimų neturi iš ko mokėti gydytojams. Ten turtingose šeimose iš 1000 naujagimių mirštą 11 vaikų, o neturtingose šeimose — 66 vaikai. („Vrač. Delo" 1935 m. 8 nr.).

× **Pusė mirštamųjų gimdyvių galima esą išgelbėti.** Anglijos sveikatos apsaugos ministeris K. V u d pranešė, kad gimdyvių mirtingumo problema turinti „didelę dėmę sveikatos apsaugos reikaluose" Anglijoje. Jis nurodė, kad valdžios komisija, 1932 m. ištyrusi apie 6.000 gimdyvių mirimų, priėjusi išvadą, kad, mažiausia, pusė šitų gimdyvių galima buvę nuo mirties išgelbėti. („Vrač. Delo" 1935 m. 9 nr.).

× **Bulgarija užima pirmąją vietą tuberkuliozininkų skaičiumi.** Kiekvienais metais Bulgarijoje, kurioje yra 6,1 mil. gyventojų, nuo džiovos mirštą 15 tūkstančių žmonių. („Vrač. Delo" 1935 m. 9 nr.).

× **Plaučių ligonių globos centras** Kaune persikėlė iš Laisvės al. 12 nr. į miesto savivaldybės namus, Gardino g. 59 nr.

× **Persiskyrimai Amerikoje.** Pagal Amerikos „alimentų reformos lygos" pranešimą, ten pastaruoju metu persiskyrimai siekią 17%. Per paskutinius 10 metų ten buvę 1.800.000 persiskyrimų.

× **Tokio mieste (Japonijoje) 1934 m. buvo 2.612 savižudybių,** 1933 m. — 2.551. Daugiausia savižudybių esą tarp 20—30 metų amžiaus. Savižudybių priežastis — skurdas ir nedarbas. („Klin. Med." 1935 m. 12 nr.).

× **Savanorių kraujo donorų asocijacija Londone,** kuri pradėjo veikti 1921 m. 1934 m. buvo 3.855 kraujo ėmimai, o 1935 m. pirmame ketvirtadalyje — daugiau kaip 1.000. Pastaruoju metu kasdien esti maždaug po 15 kraujo ėmimų. Asocijacija turi 1.881 donorų, kiekvienas narys yra davęs kraujo 7 kartus, apskritai imant; vienas net yra davęs

56 kartus. Blogų padarinių nuo kraujo davimo (ne dažniau kaip kartą per 3 mėnesius) nepastebėta, o 20% donorų esą nuo to dar jautę pagerėjimų. („Br. Med. J." 1935 m. 3873 nr.).

× **Vokietijoje buvo 3.549 savižudybės** 1935 m. nuo sausio mėn. iki rugpjūčio mėn.

× **Gimimai ir mirimai Austrijoje.** 1913 m. Austrijoje buvo 169.060 gimimų, Vienoje 39.155 gimimai, o šitie skaičiai 1923 m. buvo 155.704 ir 29.691, 1933 m. — 98.861 ir 13.746, taigi, per 20 metų gimimų sumažėjo 70.000 (40%) visoje Austrijoje ir 26.000 (66%) Vienoje. 1932 m. buvo 105.514 gimimų ir 93.721 mirimas, taigi, prieauglio — 11.793, o 1933 m. prieauglio tebuvo 9.790. („J. Am. med. Ass." 1935 m. 104 t. 6 nr.).

× **Gimimų mažėjimas Anglijoje** Gimimų Anglijoje nuo 35,4 pro mille 1871—1880 m. sumažėjo iki 18,3. 1921—1930 m. (1926 m. 17,8 1927 m. — 16,6, 1928 m. — 16,7, 1929 m. — 16,3, 1930 m. — 16,3, 1931 m. — 15,8, 1932 m. — 15,3, 1933 m. — 14,4), („J. Am. med. Ass." 1934 m. 103 t. 18 nr.).

× **Prieauglio mažėjimas Italijoje.** 1922 m. buvo pro mille 29 gimimai ir 17 mirimų, taigi, prieauglio 12. 1934 m. prieauglio tebuvo tik 8. 1921 m. buvo 422 tūkstančiai vedybų, o 1934 m. — 234, 1935 m. sausio mėn. buvo įregistruota 20.341 vedybos ir 97.682 gimimai, o 1934 m. už tą patį laiką buvo 22.114 vedybų ir 98.670 gimimų. („Pravda" 1934. III. 24 d.).

× **Mirtingumas Lenkijoje** pastaruoju metu pasiekė 18%. 1935 m. pirmame ketvirtyje mirė 23 tūkstančiais daugiau kaip už tą patį laiką 1934 m. 1934 m. pirmame ketvirtyje mirė 12,8% naujagimių, o Lenkijos Ukrainos pietuose šitas procentas pasiekė net 17,2. („Pravda" 1935. VIII. 23).

× **Buenos-Airese atidarytas eksperimentinės chirurgijos institutas** prie medicinos fakulteto. Instituto deriktorium paskirtas prof. B o š - - A j a n a.

× **Pagimdžiusi keturis kūdikius** Sazonova Abramkove SSSR. Valdžia jai davusi 250 rublių premiją ir raizdrav'ui pavedusi žiūrėti jos ir kūdikių sveikatą. („Klin. Med." 1935 m. 11 nr.).

× **Per mėnesį du gimdymai.** Zirjanske SSSR kolchozininkė U. Nefrodova, 37 metų amžiaus, 1935 m. kovo mėn. 2 d. pagimdžiusi mergaitę, o kovo mėn. 23 d. pagimdžiusi berniuką. Gyd. S o s n i n a radusi, kad jos esanti dviguba gimtuvė, ir abejose jos pusėse buvę nėštumai. („Klin. Med." 1935 m. 11 nr.).

× **Anglijoje kaskart vis vedasi senesni.** 1896—1900 m. vedusiųjų amžius apskritai sudarė 28,38 metus amžiaus vyrams ir 26,21 metus moterims, o 1926—1930 m. šitie skaičiai buvo 29,1 ir 26,58.

Anglijoje pavainikių 1933 m. buvo 5,4 pro mille. („The Lct." 1935 m. 7 nr.).

× **Dėl Kauno ligoninės statymo tariamasi su medicinos fakultetu.** Dėl neseniai nrtautosios statyti naujos Kauno miesto ligoninės šiuo metu, švietimo ministerijai pasiūlius, tariamasi su medicinos fakultetu. Miesto savivaldybė dar kartą užklausė ir Kauno apskrities savivaldybę, ar ji sutiktų ir kokiomis sąlygomis prie ligoninės statymo prisidėti ar ne.

Medicinos fakulteto komisija iš profesorių: L a š o, A v i ž o n i o, O ž e l i o ir G u d a v i č i a u s turėjo pasitarimą su Kauno miesto burmistru p. Merkiu naujos miesto ligoninės statymo reikalu.

× **Ožkų kraują perpila žmonėms.** Paskutiniu metu Maskvos, Leningrado, Rostovo prie Dono ir Dniepropetrovsko, Ukrainoje, hėmatologijos ir kraujo transfūzijos institutuose buvo pradėta gydyti daugelis ligų, perpilant gyvulių kraują žmonėms.

Maskvos institute ožkos kraujas perpilamas sergantiems skilvio opa, sąnarių rematu ir chroniškąja anėmija.

Kraujas ligoniams perpilamas kas penkta diena, pradedant nuo 3 kb. cm. ir baigiant 9 kb. cm.

× **Bakterijologinis karas būsiąs nebaisus.** Austrų majoras Irušekas „Neues Viener Journal“ skiltyse svarsto klausymą apie būsimame kare vartosimas bakterijologines naikinimo priemones. Visokias ligas sukeliančias bakterijas galima būsią platinti tik rankinėmis granatomis arba minosvaidžiais. Bakterijų skleidimas oru nepaprastai pavojingas ir tiems, kurie ta kovos priemone naudojasi. Bet ir šovinys su bakterijomis nėra tobula priemonė, nes juk šovinys sprogdamas sukelia nepaprastai augštą temperatūrą, kurios bakterijos pakelti negali. Šovinys sprogdamas ardo žemę, kuri pakildama į orą ir susijungdama su bakterijomis neutralizuoja jų veikimą.

× **Navikų institutas.** Maskvos navikų gydymo institutas paverčiamas centriniu onkologijos institutu, kuris jau pradėjo veikti. Instituto tikslas — tirti naujas vėžio ankstyvaus pažinimo metodes ir jo gydymą. Kaikurie instituto skyriai imsis vėžio ligų propaganda populiaria literatūra, filmomis ir t. t. Prie poliklinikų organizuojami onkologijos skyriai, teippat gydytojams ruošiami onkologijos kursai. („Klin. Med.“ 1935 m. 11 nr.).

× **Organizmo atgaivinimas.** 1935. IX. 26 d. Maskvoje dr. S. S. Briuchonenko padarė pranešimą: „Atgaivinimo problema“. Jisai pagaminęs „dirbtinę širdį“, su kuria sėkmingai daręs bandymus, panaudodamas šunis. Šitiems bandymams daryti būsiąs įkurtas institutas, kuriam jau 1936 m. esą paskirta 500 tūkstančių rublių. („Klin. Med.“ 1935 m. 11 nr.).

MEDICINIŠKASIS SĄMOJUS.

× **Minimalus reikalavimas.**

— Gerbiamasai, — sako jaunas gydytojas savo įkyriam kreditoriui, — jeigu jau tamsta nori kas antra diena lankyti mane su šita sąskaita, tai nors apsirišk veidą, kad žmonės manytų, kad esi pacijentas.

× **Neapsimoka.**

Gydytojas, apžiūrėjęs ligonio išmuštą akį, sako:

— Mano mielas, nėra kitos išeities, reikia įdėti tamstai stiklinę akį.

— E, tai neapsimoka, ponas daktare.

— Kodėl neapsimoka?

— Jei gyvą akį man išmušė su kumščia, tai stiklinę dar lengviau išmuš.

× **Kai nenorima sumokėti honoraro.**

Gydytojas: — Tamstai atrodo, kad mano reikalaujamas honoraras perdidelis. Bet juk aš 12 kartų buvau apsilankęs, kai tamstos sūnelis sirgo skarlatina.

Motina: Puiku! Bet tamsta neužmiršk, kad mano vaikas su savo skarlatina apkrėtė visą mokyklą.

× **Paklausė gydytojo, bet nemačijo.**

— Na, ar tamsta paklausei mano patarimo?

— Teip, ponas gydytojau, aš skaičiau ligi 93.456.

— Ir paskui tamsta užmigai?

— Ne, nes jau buvo laikas keltis.

× **Pagrindas.**

— Teip, gerbiamasis, — sako gydytojas, ištyręs savo pacijentą, — laimė, kad tamsta laiku atėjai...

— Suprantu, pone daktare, šiais laikais pinigai visiems labai reikalingi.

× **Vardinių siurprizas.**

Pas naujai įsikūrusį gydytoją ateina pirmasis pacijentas ir jam atidaro duris jaunutė gydytojo žmona.

— Gerbiamasai pone, gal malonėtumei ateiti su vizitu rytoj, nes ryt kaip tik bus gydytojo vardinės.

„Medicinos" 1935 m. prenumeratą

sumokėjo nuo 1935 m. lapkričio mėn. 1 d. ligi 1936 m. vasario mėn. 7 d. šie šito žurnalo ėmėjai:

A. **Gyvenantieji Kauno mieste:**

I. *Medicinos gydytojai:*

Abraitis Br., Aleknavičius Ant., Ambraziejūtė-Steponaitienė Agn., Augevičius J., Avižonis P. (prof.), Balčiūnas J., Baraitė R., Baronas V., Bendoravičius V., Bylienė Br. (už 1932 ir 1933 mt.), Blažys J. (prof.), Bliudzas B. (dal.), Bliūdžiūtė Em., Buivydaitė - Kutorgienė El., Butkevičienė M., Chodesas B.-Is., Česėkienė-Gaidamavičaitė Ap. (ir už 1933 — 1934 mt.), Eizenštadtas Š. A. (už 1934 mt.), Eljaševičienė-Gurvičaitė R., Elkes Ch., Fainaitė B., Feinbergas Al., Felleris Ar., Garmus A., Goldbergas T., Grinius K., Gulbinas Ant., Jagminas J.(ir už 1931—1934 mt.), Janulionis L., Jucevičiūtė Em., Kabakeris Š., Kaganaitė P., Kairiūkštis J., Kalvaitytė P., Kamarauskas, Kamberytė S., Karuža J. (prof.), Kasperavičius V., Kazlauskas Br., Kelzonas Abr., Kizlauskas D. J., Kriaučiūnaitė K., Kusa P. (ir už 1934 m. 2 pusm.), Levinas J., Lifšicas J. G., med. kand. Lifšinas G., Mačys J., Meškauskas J., Michailovas M., Mickus M. (ir už 1932—1933 mt.), Mikševičienė El., Mikužis J. (ir už 1934 mt.), Milvidas Alb., Mockevičius J., Monstavičienė-Veličkaitė J., Musteikis P., Nekvedavičius K., Nemeikša J. (už 1934 m.), Norkus M., Oželis K. (doc.), Pagodinas Al., Pakanavičius Pr., Petraitis Ant., Purtokaitė O., Ragaišienė El., Raudanskaitė-Rotblatienė J., Reznikas I. (dal.), Rudis J., Rumšiškienė I. E., Segalis El. (dal.), Skliutauskas I., Sleževičienė El., Sruogienė-Slavinskaitė O., med. kand. Stanišauskienė-Reingardaitė M., Starkus Ant., Stonkus St., Strasburgas B. (ir už 1934 mt.), Subockis El. (dal.), Šalkauskas Ign., Šimelevičius K., Šliupas R., Tumėnienė V. (prof.), Urbachas V., Urbanavičiūtė H., med. kand. Vaičiulis Pr., Vaidakevičius St., Velbutas V., Vienožinskienė N., Vinteleris Em. (prof.), Virkutis S., Volpertas D., Zacharinas B., Žakovičaitė J.

II. *Dantų gydytojai:* Griliches S. Z.

III. *Medicinos felčeriai:*

Jasiukaitis P., Matlaševičius K. (ir už 1934 mt.), Taločka J.

IV. *Įstaigos ir organizacijos:*

(V.) Hygijenos institutas, Karo ligoninė, Karo veterinarijos Valdyba, Kauno centr. knygynas, Kauno m. dantų gyd. Sąjunga (dal.), Kauno m. gydytojų Sąjunga, Raud, Kryž. Sanatorija A. Panemunėje, Raud. Kryž. Valdyba, V. R. M. Sveikatos departamentas.

B. **Gyvenantieji provincijoje:**

I. *Medicinos gydytojai:*

Aksas I., Bliumbergas J., Cukermanas Ch., Damskis B., Dišleris G., Dzimitrauskaitė M., Elsbergaitė Br., Feinbergas S., Gurvičaitė-Braudaitė Fr. R., Jackūnas Alb., Janulis P., Kryževičius Al. (dal.), Lukoševičius Al., Markauskas G., Markovičius Š., Miliauskas Ant., Naividelienė-Maizleraitė B., Rikas J., Rozenfeldas D. (dal.), Seliokienė-Juozokaitė O., Sukarevičius P., Trusfusaitė R., Varnauskas J. (už 1932 mt.).

II. *Įstaigos ir organizacijos:*

Alytaus odos ir vener. ligoninė, Alytaus ap. sav., ligoninė, Biržų ap. sav-bės lig-nė (ir už 1933—1934 mt.), Kėdainių ap. sav-bės lig-nė, Marijampolės ap. sav-bės lig-nė, Marijampolės valstyb. knygynas, Rokiškio ap. sav-bės lig-nė, Šiaulių m. sav-bės lig-nė, Šiaulių valstyb. knygynas, Šiaulių ligonių kasa, Vilkaviškio ap. sav-bės ligoninė.

C. **Gyvenantieji užsieniuose:**

Prof. E. Landau už 1933—1935 mt.

Rektol

žvakutės

Ger-Ma-Po



Sudėtis	*Bismutum oxyjodatum, Bismutum subgallicum, Zincum oxydatum, Resorcinum, Balsamum Peruvianum, Butyrum Cacao.*
Indikacija	Hemorojidai.
Vartojimas	1—2 kartus per dieną po 1 žvakutę.
Įpokavimas	Dėžutėse po 10 žvakučių, įvyniotų į cinfoliją. Žvakutės gelsvos spalvos.

Akc. B-vės „Varpas“ spaustuvė. Kaunas, Gedimino 38.